

2014-2015

Thèse
pour le
Diplôme d'Etat de Docteur en Pharmacie

**Prise en charge des douleurs
chroniques au sein du réseau de santé
AVH-LCD.**

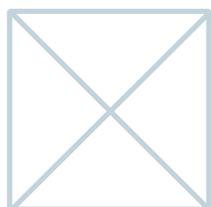
Quels bénéfices médico-économiques pour le
patient et l'assurance maladie ?

Hortense Jubert |

Née le 25 novembre 1989

Sous la direction de Mr. DE SAUVEBEUF Côme |
et la co-direction de Mme BILLAUD Sandrine

Membres du jury
Olivier Duval | Président
Côme de Sauvebeuf | Directeur
Sandrine Billaud | Co-directeur
Esther Soyeux | Membre



Soutenu publiquement le :
26 juin 2015

REMERCIEMENTS

A Monsieur Duval, merci d'avoir accepté de présider cette thèse.

A Côme de Sauvebeuf, merci pour tout. Merci pour tes précieux conseils pour cette thèse mais aussi depuis que je t'ai rencontré. Merci au temps que tu m'as consacré, à ta pédagogie sans faille et à ta bienveillance.

A Sandrine Billaud, merci pour vos corrections et votre implication.

Au réseau LCD, Esther, Marlène, Gaëlle et Béatrice, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour. Merci pour la confiance que vous m'avez accordée et pour votre chaleureux accueil rue Crémieux entre gâteaux et tablettes de chocolat.

A ma famille, merci pour votre soutien et vos encouragements. Cette thèse marque un point d'honneur à ces belles et longues années d'études pleines d'émotions et de souvenirs !

A Paulo, quelle belle idée tu as eu de t'inscrire en pharma !

Aux copains, Paul, Henri, Charles, Albanne, Margaux, Solène et tous ceux que j'ai pu croiser à Angers ou Paris pendant ces belles années estudiantines.

Sommaire

INTRODUCTION	1
PARTIE I - PRESENTATION DES DOULEURS CHRONIQUES	3
1. Les douleurs chroniques	4
1.1. Définition	4
1.2. Les différents types de douleurs	4
1.2.1. Douleur aiguë/chronique.....	4
1.2.2. Physiologie de la douleur	5
2. Epidémiologie	6
2.1. Prévalence des douleurs en France	6
2.2. Besoin de santé publique	6
2.2.1. Priorité de santé publique	6
2.2.2. Impact sociétal	8
3. Prise en charge de la douleur chronique	10
3.1. Recommandations françaises	10
3.1.1. Reconnaître le syndrome douloureux chronique	10
3.1.2. Prise en charge médicamenteuse.....	11
3.1.3. Prise en charge non médicamenteuse	16
3.2. Recommandations internationales	18
PARTIE 2 - CONTRIBUTION A L'ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE DU RESEAU AVH LCD	19
1.1 - Evaluation médico-économique du réseau LCD	20
1.1. Contexte	20
1.2. Méthodes	21
1.2.1. Objectifs	21
1.2.2. Critères d'inclusion.....	21
1.2.3. Paramètres renseignés	22
1.2.4. Analyse statistique	22
1.3. Résultats.....	30
1.3.1. Caractéristiques démographiques	30
1.3.2. Analyse descriptive comparative.....	34
1.3.3. Analyse économique comparative	46
1.3.4. Analyse complémentaire.....	47
1.3.5. Analyse médico-économique globale	49
1.4. Discussion.....	52
1.4.1. Bilan.....	52
1.4.2. Limites.....	53
1.4.3. Pistes d'amélioration et perspectives.....	54
CONCLUSION ET PERSPECTIVES	56
BIBLIOGRAPHIE.....	58

Liste des abbréviations

AINS : Anti-Inflammatoire Non Stéroïdien

AM : Assurance Maladie

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation de la Santé

ASIPP: American Society of Interventional Pain Physicians

APS : American Pain Society

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

AVHLCD : Association Ville Hôpital de Lutte Contre la Douleur

Bb: Borne basse

Bh: Borne haute

BPS: British Pain Society

CEDT : Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

COX: Cyclo-OXygénase

DHOS : Direction des Hôpitaux et de l'Offre de Soins

DGF : Etablissement public

DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins

DMS : Durée Moyenne de Séjour

DPC : Développement Professionnel Continu

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EC : Ecart-Type

ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif

ETP : Education Thérapeutique du Patient

FIR : Fond d'Intervention Régional

GABA : Acide Gamma Aminobutyrique

GHM : Groupe Homogène de Malades

GHS : Groupe Homogène de Séjours

HAS : Haute Autorité de Santé

IASP : International Association for the Study of Pain

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IJ : Indemnités Journalière

IRS : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine

IRSN : Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine et de la Noradrénaline

ISQ: Indice Synthétique de Qualité

LCD : Lutter Contre la Douleur

NHWS: National Health and Wellness Survey

NOUGGC: National Opioid Use Guideline Group. Canadian

OQN : Etablissement privé à but non lucratif

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PainSTORY : Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year

PMSI : Programme Médicalisé des Systèmes d'Information

QCD : Questionnaire Concis sur les Douleurs (version courte)

QCM : Questionnaire à Choix Multiple

STOPNET : Study of the Prevalence of Neuropathic Pain

RCP : Réunion de Concertation Pluridisciplinaire

SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation

SFETD : Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur

T2A : Tarification à l'activité

TENS : Transcutaneous Electric Neuro Stimulation

Liste des enseignants

Département Pharmacie

PROFESSEURS

BENOIT Jean-Pierre
DUVAL Olivier
ÉVEILLARD Matthieu
FAURE Sébastien
JARDEL Alain
LAGARCE Frédéric
LARCHER Gérald
MARCHAIS Véronique
PASSIRANI Catherine
RICHOMME Pascal
SAULNIER Patrick
SERAPHIN Denis
VENIER Marie-Claire

Disciplines

Pharmacotechnie - Biopharmacie
Chimie Thérapeutique
Bactériologie - Virologie
Pharmacologie
Physiologie
Pharmacotechnie-Biopharmacie
Biochimie
Bactériologie - Virologie
Chimie générale – Chimie analytique
Pharmacognosie
Biophysique pharmaceutique et biostatistiques
Chimie Organique
Pharmacotechnie - Biopharmacie

PAST

BRUNA Étienne

Disciplines

Industrie

MAITRES DE CONFERENCES

ANNAIX Véronique
BAGLIN Isabelle

Disciplines

Biochimie Générale et Clinique
Pharmaco - Chimie

MAITRES DE CONFERENCES

BASTIAT Guillaume
BENOIT Jacqueline
BILLAUD Sandrine
CLERE Nicolas
DERBRÉ Séverine

FLEURY Maxime
GUILLET David
HELESBEUX Jean-Jacques
LANDREAU Anne
MALLET Marie-Sabine
MAROT Agnès
PECH Brigitte
RIOU Jérémie
ROGER Émilie

Disciplines

Biophysique – biostatistiques -Rhéologie
Pharmacologie et Pharmacocinétique
Immunologie - Parasitologie
Physiologie - Pharmacologie

Pharmacognosie-
Immunologie
Chimie Analytique
Chimie Organique
Botanique
Chimie Analytique et Bromatologie
Parasitologie et Mycologie médicale
Pharmacotechnie
Biostatistiques
Pharmacotechnie

SCHINKOVITZ Andréas

TRICAUD Anne

A.H.U.

BRIS Céline

SPIESSER-ROBELET Laurence

Pharmacognosie

Biologie Cellulaire

Disciplines

Biochimie

Pharmacie clinique et Éducation Thérapeutique

**PRCE (Professeurs certifiés affectés dans
l'enseignement supérieur)**

BRUNOIS-DEBU Isabelle

Disciplines

Anglais

**ATER (Assistants Enseignement Supérieur et
Recherche).**

BOISARD Séverine

DESHAYES Caroline

RODIER Marion

VERRIER Julie

Disciplines

Chimie analytique

Bactériologie

Pharmacologie

Parasitologie et mycologie médicale

Département ISSBA

PROFESSEURS

BOURY Franck
CALENDA Alphonse
MAHAZA Chetaou
MAURAS Geneviève

Disciplines

Biophysique
Biologie Moléculaire - Biotechnologie
Bactériologie - Virologie
Biologie Cellulaire

MAITRES DE CONFERENCES

BATAILLE Nelly

BONNIN Marie
CALVIGNAC Brice
DUBREUIL Véronique
FAISANT Nathalie
GIRAUD Sandrine
OGER Jean-Michel
RICHOMME Anne-Marie

Disciplines

Biologie Cellulaire et Moléculaire

Management intégré / qualité logistique
Génie des procédés bioindustries
Chimie Analytique
Génie des produits industriels
Biologie moléculaire et cellulaire
Chimie
Valorisation des substances naturelles

PRAG (Professeurs Agrégés)

HANOTTE Caroline
ROUX Martine

Disciplines

Economie – Gestion
Espagnol

PRCE

(Professeurs certifiés affectés dans l'enseignement supérieur)

LECOMTE Stéphane
MEENTS Ulrike

Disciplines

Anglais
Allemand

PAST

BERGER Virginie
BLOUIN Laurence
COLLE Stéphane
DELOUIS Anne-Laure
MATHIEU Éric
NORMAND Yves
POURIAS Marie-Annick
VERBORG Soisik

Disciplines

Sureté de fonctionnement des études cliniques
Management des structures des soins
Prévention des risques innovation et conception HQS du bâti
Prévention des risques et sécurité
Ingénierie de projets dans les domaines de santé
Systèmes d'information santé
Projets professionnels – Formation continue
Management – Qualité

ATER (Assistants Enseignement Supérieur et Recherche).

MARTINEZ Émilie

Disciplines

Biologie et Physiologie de la nutrition

Table des figures

Figure 1 : Distribution des patients par sexe (N=193).....	30
Figure 2 : Distribution des patients par classe d'âge (N=193).....	30
Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la pathologie principale à l'inclusion (N=193).....	31
Figure 4 : Score d'anxiété et score de dépression à l'inclusion (N=193).....	31
Figure 5 : Diagramme d'évolution du handicap entre T0 et T12 (N=193).....	34
Figure 6 : Diagramme d'évolution de la situation professionnelle entre T0 et T12 (N=193).....	35
Figure 7 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur au moment présent entre T0 et T12 (N=193).....	36
Figure 8 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur habituelle depuis 8 jours entre T0 et T12 (N=193).....	37
Figure 9 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur le intense depuis 8 jours T0 et T12 (N=193).....	37
Figure 10 : Diagramme d'évolution de l'impact moyen de la douleur sur la qualité de vie entre T0 et T12 (N=193).....	38
Figure 11 : Diagramme d'évolution des arrêts de travail entre T0 et T12 (N=193).....	39
Figure 12 : Evolution du taux hospitalisation et de la durée d'hospitalisation de T0 à T12 (N=193).....	40
Figure 13 : Diagramme d'évolution du nombre de consultations médicales entre T0 et T12 (N=193).....	41
Figure 14 : Diagramme d'évolution du nombre de séances de kinésithérapie entre T0 et T12 (N=193).....	42
Figure 15 : Evolution du nombre de médicaments consommés pour la douleur entre T0 et T12 (N=193).....	43
Figure 16 : Diagramme d'évolution du nombre de médicaments associés consommés pour la douleur entre T0 et T12 (N=193).....	44
Figure 17 : Diagramme d'évolution du recours aux examens complémentaires entre T0 et T12 (N=193).....	44
Figure 18 : Diagramme d'évolution du recours à la médecine alternative entre T0 et T12 (N=193).....	45

Table des tableaux

Tableau 1 : Classification OMS des antalgiques	12
Tableau 2 : Effets indésirables induits par les opioïdes	14
Tableau 3 : Prise en charge non médicamenteuse des douleurs chroniques.....	17
Tableau 4 : Regroupement des variables	23
Tableau 5 : Actes relatifs à une admission pour douleur chronique	24
Tableau 6 : Statistiques annuelles de codage des séjours hospitaliers pour douleur chronique rebelle (ATIH)	25
Tableau 7 : Logique de raisonnement pour la détermination des coûts d'hospitalisation	26
Tableau 8 : Actes relatifs à la prise en charge des douleurs chroniques par un kinésithérapeute	27
Tableau 9 : Base de coûts utilisée pour l'analyse	29
Tableau 10 : Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude.....	33
Tableau 11 : Evolution du handicap entre T0 et T12	34
Tableau 12 : Evolution de la situation professionnelle entre T0 et T12	35
Tableau 13 : Evolution du niveau de douleur entre T0 et T12	36
Tableau 14 : Evolution de l'impact moyen de la douleur sur la qualité de vie entre T0 et T12.....	38
Tableau 15 : Evolution des arrêts de travail entre T0 et T12	39
Tableau 16 : Evolution du taux d'hospitalisation entre T0 et T12.....	40
Tableau 17 : Evolution de la durée d'hospitalisation entre T0 et T12	40
Tableau 18 : Durée moyenne d'hospitalisation à T0 et T12 (N = patient répondants)	40
Tableau 19 : Evolution du nombre de consultations médicales entre T0 et T12	41
Tableau 20 : Evolution du nombre de séances de kinésithérapie entre T0 et T12	42
Tableau 21 : Evolution du nombre de médicaments consommés pour la douleur entre T0 et T12	43
Tableau 22 : Evolution du nombre de médicaments associés consommés pour la douleur entre T0 et T12	43
Tableau 23 : Evolution du recours aux examens complémentaires entre T0 et T12	44
Tableau 24 : Evolution du recours à la médecine alternative entre T0 et T12	45
Tableau 25 : Evolution des postes de dépense de consommation de soins patients (répondants)	46
Tableau 26 : Evolution des postes de dépense de consommation de soins tout patients confondus.....	47
Tableau 27 : Régression logistique des valeurs manquantes à T12	48
Tableau 28 : Résultats de l'analyse médico-économique	50

Table des annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien semi-guidée pour l'évaluation de la douleur.....	61
Annexe 2 : Rescrit fiscal justifiant de la reconnaissance du statut d'association d'intérêt général.....	62
Annexe 3 : Extrait du rapport d'activité de l'AVHLCD 2013	66
Annexe 4 : Questionnaires médico-économique T0	68
Annexe 5 : Questionnaires médico-économique T12	70
Annexe 6 : Calcul des coûts d'hospitalisation sur la base d'un tarif moyen journalier.....	72
Annexe 7 : Calcul des coûts d'hospitalisation sur la base des GHS.....	73
Annexe 8 : Proposition d'amélioration des questionnaires.....	74
Annexe 9 : Analyse des résultats de l'évaluation médico-économique des réseaux	76
Annexe 10 : Soulagement des douleurs, amélioration de la qualité de vie et satisfaction des patients à T6 et T12.....	77

Introduction

La douleur est une sensation universelle éprouvée au moins une fois de tous. C'est une expérience individuelle faisant intervenir plusieurs composantes : sensori-discriminative, affective et émotionnelle, cognitive et comportementale¹. La prévalence des douleurs chroniques en France est estimée entre 15 et 30% en population générale. Les consultations de médecine générale motivées par ces douleurs sont très fréquentes.² Pourtant désignés comme acteurs de premiers recours dans la prise en charge de la douleur, les médecins généralistes éprouvent des difficultés à faire face aux plaintes douloureuses récurrentes.

La prise en charge de la douleur ne peut se concevoir sans une prise en charge globale du patient. De ce fait, l'approche multidisciplinaire demeure le moyen recommandé par l'ANAES³ depuis 1999 et le plus adapté pour soulager les patients présentant des douleurs chroniques. A ce titre, le réseau Lutter Contre la Douleur (LCD) intervient en soutien aux professionnels de santé de premier recours. Par la formation du personnel médical et la sensibilisation des patients, l'Association Ville Hôpital de Lutte Contre la Douleur (AVHLCD) vise à délivrer une prise en charge globale non-médicamenteuse en vue d'améliorer la qualité de vie des patients au quotidien. Le réseau LCD bénéficie du financement « Fond d'Intervention Régional » (FIR) alloué par l'Agence Régionale de Santé (ARS) Ile-de-France pour mener ces actions de coordination.

A ce jour, il existe 97 réseaux de santé en Ile-de-France contre 103 en 2013⁴. La maîtrise des dépenses de santé mobilise tous les acteurs et les institutions publiques s'interrogent sur l'efficacité de ces programmes. Avec un budget annuel de 35 millions d'euros, les ARS se demandent si le financement de ces structures est toujours justifié ? Les réseaux répondent-ils encore aux besoins de santé de publique initialement formulés ?

Dans ce contexte difficile, la question de l'efficacité des actions menées est devenue centrale. Les résultats obtenus doivent permettre d'assurer la pérennité des structures, mais comment alors mesurer les effets bénéfiques d'une prise en charge coordonnée des soins, sur un patient souffrant de lombalgie chronique ?

Nous apercevons ici l'une des problématiques à laquelle sont confrontés les pouvoirs publics et les réseaux de santé : comment mesurer l'impact médico-économique des programmes de santé ? Les problématiques auxquelles les réseaux de santé sont désormais confrontés sont les suivantes : quel est le bénéfice médico-économique du réseau de santé LCD pour le patient par rapport au parcours de soins classique ? Sur la base de critères médicaux (hospitalisations, passages aux urgences...) et économiques (dépenses de soins hospitalières, ambulatoires...) en quoi une prise en charge coordonnée dans un réseau représente-elle une plus-value médicale et économique comparée à une prise charge classique? Le réseau de santé répond-il au besoin de santé publique que représente la prise en charge des patients présentant des douleurs chroniques rebelles ?...

1 F. Bourreau . L'évaluation du patient douloureux chronique. - Bulletin d'Éducation du Patient - (2001) - 10(2): pages 5-10.

2 Huas B et. al. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Douleurs; 2001 juin;2(3):149-54:

3 ANAES - Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire - Février 1999 - Disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf> : - Consulté le 10 novembre 2014

4 ARS Ile-de-France - Chiffres 2014 - Département Appui à la Coordination des Réseaux de santé (ACORS)

Des outils sont mis à disposition des autorités de santé en complément des éléments déjà existants⁵ pour l'évaluation des réseaux de santé comme outils d'aide à la décision pour le renouvellement des financements.

Dans un premier temps, cette thèse s'intéressera au syndrome douloureux chronique dans sa généralité en présentant l'épidémiologie en France. Nous étudierons l'intérêt de santé publique que représentent les douleurs chroniques au travers notamment des plans nationaux de lutte contre la douleur. Nous passerons également en revue les modalités de prise en charge médicamenteuse et non-médicamenteuse du syndrome douloureux chronique.

Dans un second temps, à partir des données collectées par l'équipe coordinatrice du réseau au moyen de questionnaires depuis 2011, nous présenterons nos travaux dont l'objectif était de mesurer l'impact médico-économique des actions menées par le réseau LCD. L'intérêt étant double, orienter les décisions stratégiques dans une démarche d'autoévaluation, éclairer les décideurs sur le renouvellement des financements accordés. Cette partie présentera la méthodologie et les résultats de l'analyse descriptive comparative sur les critères médico-économiques collectés par le réseau sur les années 2011 et 2012, les années 2013 et 2014 n'étant pas exploitable au moment de l'étude, et donnera lieu à une discussion et une critique des résultats. Des pistes d'amélioration seront également proposées en guise d'ouverture pour pérenniser le processus d'évaluation continu.

⁵ Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf - Consulté le 10 novembre 2014

Partie I - Présentation des douleurs chroniques

1. Les douleurs chroniques

1.1. Définition

Plusieurs définitions de la douleur sont proposées dans la littérature. La plus citée est celle de l'International Association for the Study of Pain (IASP). En 1976, l'IASP a défini la douleur⁶ comme une « *expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, liée à une lésion tissulaire existante ou potentielle, ou décrite en termes évoquant une telle lésion* ». Cette définition prend en compte la subjectivité de l'expérience douloureuse désagréable mais aussi l'aspect affectif responsable de l'interprétation de la douleur. Chaque individu vit sa propre expérience de la douleur selon son vécu, son environnement, sa culture ou son contexte psychologique.

1.2. Les différents types de douleurs

1.2.1. Douleur aiguë/chronique

Selon sa durée d'évolution, la douleur peut être décrite comme aiguë ou chronique. La douleur se distingue selon l'origine, le mode d'installation, l'intensité et le traitement. La douleur aiguë constitue un mécanisme de protection qui avertit le cerveau d'un dysfonctionnement de l'organisme. Ce système d'alarme intervient en réponse à une agression corporelle. Généralement de nature intense mais transitoire, les douleurs aiguës régressent spontanément ou par traitement symptomatique de la pathologie causale.

Le passage à la chronicité est à considérer lorsque les douleurs persistent et dépassent un certain délai. L'IASP définit la douleur chronique comme une douleur qui persiste au-delà du délai habituel de cicatrisation (environ 3 mois)⁶ sans fixer de limite. De son côté l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)⁷ qualifie une douleur chronique « *quand elle dure plus de 6 mois* ». Ces dernières résultent d'une altération des mécanismes de la douleur. Indépendamment de la pathologie existante, elle devient « douleur maladie » et atteint les capacités fonctionnelles et émotionnelles des patients. L'installation de la chronicité se traduit par la persistance de la sensation douloureuse malgré la bonne conduite des traitements. Les douleurs chroniques se caractérisent aussi par l'ensemble des répercussions⁸ qu'elles entraînent sur les activités physiques, sociales et professionnelles, sur le sommeil, l'humeur et sur la qualité de vie en général.

6 Merskey H, Bogduk N. - IASP -Classification of chronic pain - Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. - 1994

7 Kaplun - World Health Organization - A new understanding chronic pain - Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications (1992) - ;141-226

8 Yves L. et al.- Chapitre 3 : Sémiologie de la douleur : Evaluation et suivi d'une douleur chronique - En ligne sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_03.pdf - Consulté le 9 décembre 2014

1.2.2. Physiologie de la douleur⁹

a) Douleurs nociceptives¹⁰

Les douleurs par excès de nociception représentent le mécanisme physiologique douloureux le plus fréquemment rapporté. Elles résultent de la stimulation excessive des récepteurs périphériques. La transmission du message douloureux s'effectue de la périphérie vers le système central via les structures d'intégration présentes dans la moelle et le cerveau. Ce processus d'alerte mécanique, thermique, chimique ou inflammatoire entraîne une sensation douloureuse quasi-immédiate, plus ou moins intense, localisée à l'endroit de la lésion.

b) Douleurs neurologiques¹¹

Les douleurs neurologiques ou neurogènes sont provoquées par une ou plusieurs lésions du système nerveux central. Ces douleurs diffuses à composante continue et paroxystique caractérisées par une sensation de brûlure ou de décharge électrique s'accompagnent de troubles de la sensibilité. Le délai entre le phénomène lésionnel et l'apparition des douleurs neuropathiques peut survenir après un intervalle libre de plusieurs mois à plusieurs années.

c) Douleurs psychogènes

Lorsque les douleurs n'entrent pas dans les deux catégories citées précédemment, les douleurs peuvent être qualifiées de psychogènes. Il s'agit de douleurs à l'origine de la somatisation de troubles psychopathologiques dont le diagnostic de certitude repose sur l'élimination d'une cause organique de la douleur.

d) Douleurs idiopathiques

Les douleurs décelées sans réelle cause apparente entrent dans la catégorie des douleurs idiopathiques puisque leurs mécanismes physiopathologiques n'ont pas été clairement identifiés. Des troubles psychologiques sont souvent associées à ces douleurs sans pour autant en affirmer la systématisation.

9 D. Le Bars et. al.- Physiologie de la douleur - EMC-Anesthésie Réanimation 1 (2004) 227-266

10 F. Guirimand et. al.- Physiologie de la nociception - Ann Fr Anesth Réanim- 1996 ;15 :1048-1079

11 D. Bouhassira et. al. - Les douleurs neuropathiques - Chapitre 2 : Mécanismes physiopathologiques des douleurs neuropathiques périphériques - Institut UPSA - En ligne sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Dn/institut-upsa-ouvrage-douleur-neuropathiques.pdf> - Consulté le 12 octobre 2014

2. Epidémiologie

2.1. Prévalence des douleurs en France

La douleur représente, avec la fièvre, la fatigue et les renouvellements d'ordonnance un des premiers motifs de consultations en médecine générale. L'estimation de la prévalence en population est très difficile à évaluer compte tenu de la variation de taille des échantillons observés et de la diversité des pathologies et syndromes qu'englobent les douleurs chroniques. En France, il a été estimé en 2008¹² (STOPNET : Study of the Prevalence of Neuropathic Pain) qu'environ 1 personne sur 3 (31,7%) exprimerait une douleur quotidienne depuis plus de 3 mois et que près de 20% des français souffriraient de douleurs chroniques d'intensité modérée à sévère. En 2010, les résultats français de l'enquête internationale de la National Health and Wellness Survey (NHWS)¹³, ont rapporté que 8,6 millions d'adultes français (17%) affirmaient avoir présenté une douleur au cours du mois précédent. Selon une récente enquête réalisée auprès de 2006 patients, 92% des Français ont souffert d'une douleur de courte ou longue durée dans l'année¹⁴. La durée moyenne de la douleur des patients douloureux chroniques français est de 5,7 ans¹⁵. Environ 14 consultations médicales sont en moyenne réalisées par an par un patient atteint de douleur chronique. Enfin, 28% des patients douloureux chroniques estiment que la douleur est parfois tellement forte qu'ils ressentent l'envie de mourir¹⁶. A cela, la prévalence des douleurs chronique semble augmenter sensiblement avec l'âge et concerne préférentiellement les femmes et les classes socio-professionnelles les plus faibles.

2.2. Besoin de santé publique

2.2.1. Priorité de santé publique

La prise en charge des douleurs chroniques est une priorité de santé publique depuis une vingtaine d'années France. Pourtant la douleur n'a été officiellement reconnue comme droit fondamental qu'en 2002 avec la loi dite Kouchner¹⁷ selon laquelle « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur ». En

12 D. Bouhassira et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain (2008) 136:380-7

13 A. Eschalier et. al. - Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 4-15

14 Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur » réalisée en septembre 2014 auprès de 2006 personnes âgées de 18 à 60 ans.

15 Boureau et al - Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs - Med-line Editions 2006

16 H.Breivik et al - Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment - European Journal of pain 10 (2006) 287-333.

17 Code de Déontologie médicale – Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 publiée au JORF du 5 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité des systèmes de soins - Article L1110-5

parallèle s'en sont suivi plusieurs plans gouvernementaux de lutte contre la douleur pour améliorer la prise en charge des douleurs chroniques dont les principaux sont axes étaient les suivants :

- Plan 1998-2000¹⁸ : coordination des soins à travers des structures pluridisciplinaires et formation des professionnels de santé
- Plan 2002-2005¹⁹ : renforcement de l'information aux usagers par la communication et le partage d'expériences au sein des structures spécialisées
- Plan 2006-2010²⁰ : réduction des disparités régionales et renforcement des actions des réseaux de santé, amélioration des modalités de traitement médicamenteux et de promotion de l'utilisation des méthodes non pharmacologiques

En 2011, le Haut Conseil de Santé Publique constate l'échec dans l'atteinte des objectifs fixés dans le cadre du 3^{ème} plan douleur²¹. Les changements et les réformes attendues (structures spécialisées, coopération professionnelle de santé, traitements médicamenteux et non médicamenteux...) n'ont pas été réalisés et certains projets se sont avérés trop coûteux par rapport aux budgets accordés. L'organisation de l'offre de soins ne satisfait pas non plus les autorités car il subsiste des difficultés à assurer la continuité des soins entre ville et hôpital. La promotion de la médecine ambulatoire et du premier recours reste insuffisante au regard des objectifs fixés.

Le 4^{ème} plan de lutte²² contre la douleur en cours d'élaboration vise à palier ces déficiences et insiste sur les points suivants :

- Nécessité d'améliorer l'évaluation de la douleur et la prise en charge des patients
- Sensibilisation des acteurs de premier recours (médecins, infirmières, pharmaciens et kinésithérapeutes...)
- Soutien à la prise en charge de la douleur des patients traités en ambulatoire (à domicile ou en structure d'accueil)

Cette prise de conscience a été renforcée lors de la publication du « *Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques* »²³. Il précise que parmi toutes les affections chroniques (asthme,

18 Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

19 Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 - Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

20 Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2008 – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

21 HCSP- Rapport : Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006—2010 – Mars 2011

22 Avis de projet sur le projet de programme national douleur (2013-2017) – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf - Consulté le 6 novembre 2014

diabète, hypertension artérielle etc...) les patients douloureux apparaissent les plus affectés au quotidien par leurs pathologies.

A la vue du projet de loi de modernisation de notre système de santé, les associations de malades et de médecin ont demandé au gouvernement, en février 2015, une audition pour que s'ajoute la prise en charge du patient douloureux chronique dans la future loi de santé. Finalement, le texte adopté en première lecture (votée le 14 avril 2015) mentionne la douleur à trois reprises²⁴ :

- le 1^{er} article intègre la prévention de la douleur comme une des missions devant être poursuivie par une politique de santé. Si en 2004 (reconnaissance de la douleur comme droit fondamental du patient), un nouveau droit était ouvert aux patients, en 2015, un nouveau devoir est conféré aux pouvoirs publics
- l'article 12 consiste à renforcer les missions du médecin généraliste dans la prise en charge de la douleur, notamment par un travail en lien avec les structures spécialisées, qui pour la première fois, font leur apparition dans le cadre législatif, leur conférant ainsi une reconnaissance légale.
- l'article 25 intègre au code de la santé publique la définition de ce qu'est une « équipe de soins ». Dans le cadre de cette définition, le soulagement de la douleur apparaît comme une des missions définissant l'équipe de soins.

En attendant l'adoption de la loi par le Parlement, ces mesures donnent de l'espoir aux nombreux malades français.

2.2.2. Impact sociétal

La douleur chronique représente un fardeau pour les patients et la société²⁵. Le caractère persistant des douleurs chroniques affectent les patients dans leur activités quotidiennes, leur travail, leurs loisirs voire leurs relations aux autres. L'enquête européenne PainSTORY²⁶ conduite sur près de 300 personnes sur une période de 12 mois a mesuré l'impact de la douleur sur les activités de la vie quotidienne. L'enquête a révélé les conséquences physiques et les répercussions à la fois personnelles, familiales et socioprofessionnelles telles que :

- 64% des patients rencontrent des difficultés à marcher
- 84 % diminuent ou arrêtent la pratique du sport
- 59% présentent des difficultés à dormir, à s'habiller ou se laver (31%)

23 Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007–2011. Paris (2007)

24 Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture. - Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp> - Consulté le 20 mai 2015

25 G. Mick - Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 57–66

26 PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year). Septembre 2009 - Témoignage de patients douloureux - Résultat France - Disponible sur <http://www.painstory.org/fr/resultats-france> - Consulté le 9 décembre 2014

- 74% ont des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidiennes et 57% peinent à s'occuper de leurs enfants
- 33% ont dû réduire leur temps de travail et 65% songent à arrêter complètement de travailler
- 50% des patients qui sont accueillis aux urgences avec des douleurs sévères, et dont l'état justifierait la prise d'un antalgique puissant, ne reçoivent pas de traitement contre la douleur

D'un point de vue émotionnel, les patients atteints de douleurs chroniques déclarent avoir moins d'amis et près de la moitié des personnes se sentent seules. La douleur étant subjective, il est très difficile d'exprimer le niveau de souffrance et de le retranscrire aux proches.

Par ailleurs, il a été mis en évidence que les douleurs chroniques présentaient des comorbidités psychologiques importantes dont l'anxiété et les troubles dépressifs.²⁷ L'anxiété témoigne des préoccupations des patients quant au diagnostic (pas de mots sur les maux) et vis-à-vis du pronostic à plus ou moins long terme. Une dépression réactionnelle manifestée par un désintérêt et un repli sur soi est fréquemment observée chez les patients avec des douleurs chroniques lassés de consulter des médecins qui ne leur apportent pas de réponses.

La complexité de prise en charge des douleurs chroniques incite les professionnels de santé et les patients à multiplier le recours aux soins (hospitalisations, examens complémentaires, consultations médicales et médicaments) et contribue à l'augmentation des dépenses de santé.

A ce jour, il existe peu d'études françaises ayant étudié le coût des douleurs chroniques. En 2006, lors du congrès annuel sur la douleur le docteur Michel Lanteri-Minet²⁸ a présenté les résultats de l'étude ECONEP. L'évaluation des coûts liés à la prise en charge des douleurs neuropathiques, réalisée sur un échantillon de 116 patients a permis d'estimer un coût moyen global par patient par an de 16 670 €, composé par les postes de dépense suivants :

- hospitalisations: 7 000 € (en Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif - ESPIC) et 14 500 € (en hôpital public)^(a)
- traitements médicamenteux: 580 €
- traitements non médicamenteux: 3 630 € (en ESPIC) et 5 150 € (en hôpital public)^(a)
- examens complémentaires: 950 €

En 2010, une étude du NHWS²⁵ s'intéressant à l'impact sociétal des douleurs en France, a estimé que les patients présentant des douleurs par rapport à ceux n'en souffrant pas, se rendaient deux fois plus en consultations médicale (9,0 vs 4,8 consultations) et avaient plus fréquemment recours aux urgences (13% vs 7%).

27 A. O'Reilly - La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux - Journal de thérapie comportementale et cognitive (2011) 21, 126–131

28 Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006

(a) L'écart de coût entre ESPIC et hôpital public. est dû à la différence de tarif de GHS

Ces douleurs chroniques rebelles entraîneraient un total de 72,2 millions de consultations supplémentaires par an et générerait un surcoût de 1,163 milliards d'euros. Malgré cela, 80% des patients français considèrent que leur douleur est insuffisamment soulagée.

D'un point de vue socio-économique, les coûts directs et indirects liés à l'absentéisme, au chômage, à la perte de productivité, et aux indemnités journalières en raison d'arrêt de travail pour arrêt maladie sont aussi à considérer. Deux millions de journées par semaine soit 88 millions de journées supplémentaires par an seraient partiellement ou totalement perdues en France pour les patients avec des douleurs chroniques rebelles.

Selon le dernière rapport de la CNAMTS sur la maîtrise des dépenses pour notre système de santé, en 2012 un total de 7 238 800 patients ont été pris en charge (régime général) pour leurs traitements antalgiques ou anti-inflammatoires en 2012 représentant un montant total de 1,5 milliards d'euros (tout régimes confondus) ²⁹ .

3. Prise en charge de la douleur chronique

3.1. Recommandations françaises

3.1.1. Reconnaître le syndrome douloureux chronique

La conduite à tenir vis-à-vis d'un patient présentant des douleurs chroniques a été définie par les recommandations de l'ANAES³ en 1999. En 2008, la HAS a publié les bonnes pratiques professionnelles³⁰ visant à favoriser les échanges entre professionnels de santé dans l'objectif d'améliorer la coordination et la qualité de prise en charge des patients présentant des douleurs chroniques.

Tout professionnel de santé amené à intervenir dans le parcours de soins des patients douloureux doit être en mesure de reconnaître un syndrome douloureux chronique quelle que soit la douleur ressentie et la manière dont le patient l'exprime. Le diagnostic d'existence d'une douleur chronique doit être suspecté dès lors que les signes suivant apparaissent:

- *«douleur avec composante anxieuse, dépressive ou autres manifestations psychopathologiques*
- *douleur résistant à l'analyse clinique et au traitement à priori bien conduit et suivi*
- *douleur avec interprétations ou croyances du patient éloignées des interprétations du médecin concernant la douleur, ses causes, son retentissement ou ses traitements »* ³⁰

29 CNAMTS – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - L'analyse des dépenses d'assurance maladie en 2012 - Disponible en ligne sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf _ Consulté le 25 avril 2015

30 HAS - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (Argumentaire) – Décembre 2008

L'évaluation de la douleur constitue une étape indispensable pour décrire la douleur et ses retentissements. Le principe de l'évaluation est d'identifier, de quantifier et de qualifier cette douleur. L'évaluation initiale doit permettre de comprendre les raisons de la persistance des douleurs au vu des antécédents médicaux, psychologiques, professionnels, sociaux mais aussi de préciser les aptitudes du patient à s'adapter à la maladie. Dépister une douleur, c'est :

- décrire la douleur et les facteurs qui l'influencent,
- évaluer la nécessité ou non d'un traitement,
- évaluer l'efficacité d'un traitement.

Ce bilan initial nécessite du temps et peut s'effectuer sur plusieurs consultations. Un outil d'aide à l'examen clinique pour le praticien matérialisé par une grille d'entretien semi-structurée a été élaborée pour accompagner les professionnels dans la caractérisation de la douleur (ancienneté de la douleur, circonstances de survenue, profil évolutif des douleurs, traitements et antécédents pathologiques...) (Annexe 1). Un suivi du profil évolutif des douleurs doit être instauré et répété à intervalle régulier par les mêmes professionnels de santé. L'ensemble des éléments colligés doit ensuite permettre de définir le parcours de soins du patient, à savoir si une prise en charge dans une structure spécialisée pour la douleur chronique ou si une prise en charge ambulatoire pourra être envisagée. L'évaluation de la douleur définit le parcours de soins le plus adapté au patient au regard de son état de santé et de son aptitude à accepter la situation.

Les recommandations françaises et européennes s'accordent pour préconiser une prise en charge multidisciplinaire. L'orientation vers une structure spécialisée dans la prise en charge des douleurs chroniques est justifiée en présence de douleurs évoluant depuis plus de 3 mois résistantes aux traitements pour lesquelles un avis diagnostic et thérapeutique complémentaire est souhaité. Ce type de structure regroupe des professionnels de santé qui mettent en commun leurs compétences pour offrir aux patients une prise en charge globale afin de soulager leur douleur et d'améliorer leur qualité de vie. Toutefois ces structures de prise en charge ne constituent qu'une étape transitoire dans le parcours de soins du patient pour venir en aide aux acteurs de premier recours. Le retour rapide à une prise en charge ambulatoire est vivement encouragé.

Les patients peuvent parfois être dirigés vers des structures ou organisations de prise en charge multidisciplinaires alternatives ambulatoires ou hospitalières (équipe mobile intra-hospitalière en consultation externe, hospitalisation à domicile, réseaux de santé « ville-hôpital »). Ces entités se sont développées pour améliorer l'efficacité des structures spécialisées. Plus ou moins intégrées aux structures spécialisées, elles assurent le relai entre l'hôpital et la ville lorsqu'un projet thérapeutique ambulatoire est envisageable de manière à assurer la continuité des soins.

3.1.2. Prise en charge médicamenteuse

Tous les patients souffrant de douleur doivent pouvoir bénéficier d'un traitement médicamenteux, d'autant plus que tout malade qui dit souffrir doit être entendu et soigné sans jugement du soignant.

Bien qu'il faille tenir compte de l'aspect multifactoriel des douleurs chroniques, la prise en charge symptomatique reste très utilisée pour le soulagement des sensations douloureuses. Le choix du traitement est

adapté au patient et s'établit sur l'étiologie, la localisation, l'intensité et les contre-indications d'emploi de chaque molécule. L'objectif de la prise en charge médicamenteuse est de réduire l'intensité de la douleur jusqu'à un niveau supportable et acceptable pour le patient.

L'instauration d'un traitement antalgique pour le soulagement des douleurs chroniques suppose une administration à heure fixe (et non à la demande) pour obtenir des taux plasmatiques stables et prévenir le retour des douleurs et l'anxiété d'anticipation associée. La voie d'administration orale est généralement privilégiée pour ses avantages ambulatoires. L'ensemble des traitements prescrits doit être réévalué et réadapté régulièrement.

a) Les analgésiques purs

Pour guider les prescripteurs, l'OMS a établi en 1984 une classification des antalgiques en fonction de leur niveau de puissance d'action.

Tableau 1 : Classification OMS des antalgiques

Palier OMS	Intensité des douleurs	Propriétés
Palier I	Douleurs faibles à modérées	NON OPIACES Antalgiques, antipyrétiques Antalgiques, antipyrétiques, anti-inflammatoire
Palier II	Douleurs modérées à intenses	OPIACES faibles Agonistes purs
Palier III	Douleurs intenses à très intense	OPIACES FORTS Agonistes purs Agonistes partiels Agonistes- antagonistes

b) Les analgésiques de palier 1

Il est recommandé d'utiliser les antalgiques de palier 1 pour traiter les douleurs nociceptives.

Le paracétamol

Le paracétamol ou acétaminophène est un métabolite actif de la phénacétine. Il est utilisé contre les douleurs d'intensité faible. C'est un antalgique d'action centrale rapide à effet antipyrétique. Il représente l'analgésique de première intention. Le mécanisme d'action du paracétamol n'est pas totalement établi mais son action antipyrétique reposerait sur une diminution de la production de prostaglandine par l'inhibition de la Cyclo OXYgénase-2 (COX-2). En général bien toléré, la toxicité du paracétamol aux doses thérapeutiques (4g/jour) est faible malgré son potentiel hépatotoxique en cas d'ingestion massive. Le recours à la voie orale est le plus fréquent cependant les formes suppositoires peuvent se révéler très efficaces dans certaines situation.³¹ Selon

31 V. Morel et. al. - Prise en charge de la douleur, soyons simple mais efficace - Revue de Pneumologie clinique (2008) 64, 50-61

le rapport de l'ANSM, le paracétamol est la substance active la plus utilisée en ville en 2013 (données de ventes des médicaments en 2013)³² avec plus de 500 millions de boîtes.

Les Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens (AINS)

Les AINS, tels que le l'ibuprofène ou le kétoprofène, sont principalement utilisés pour des douleurs articulaires et osseuses. Ils ciblent les foyers algogènes en inhibant l'activité de enzymes COX-1 et COX-2 et la synthèse des prostaglandines.

Du fait de l'intervention des prostaglandines dans de nombreux mécanismes physiologiques, de multiples effets indésirables peuvent être rapportés avec les AINS (atteintes des muqueuses digestives, atteintes rénales, etc.). De plus, par liaison aux protéines plasmatiques telles que l'albumine, un risque de sur ou sous-dosage est élevé. En raison des nombreuses contre-indications pathologiques (grossesse, insuffisance cardiaque ou rénale) et médicamenteuses identifiées, (anticoagulants, méthotrexate) l'appréciation du rapport bénéfice-risque doit être considérée avant chaque prescription et délivrance d'AINS.

L'aspirine ou acide acétylsalicylique

L'aspirine possède de plusieurs propriétés : analgésique, antipyrétique, anti-inflammatoire et antiagrégant plaquettaire. Le mécanisme d'action de l'aspirine repose sur l'inhibition irréversible de la COX empêchant la transformation de l'acide arachidonique en prostaglandine et leucotriènes. Les troubles gastro-intestinaux (notamment nausées, ulcère gastrique) représentent les principaux effets indésirables induits par l'aspirine. Ces derniers peuvent être limités en recommandant leur administration au moment des repas, cependant la HAS préconise de limiter leur utilisation. Disponible en automédication, quelques précautions d'emploi sont de rigueur dans les situations suivantes : programmation d'une intervention chirurgicale, antécédent de goutte, asthme, 3^{ème} trimestre de grossesse.

c) Les analgésiques de palier 2

Les opioïdes faibles sont utilisés pour soulager les douleurs d'intensité modérée.

a) La codéine et dérivés

La codéine est un alcaloïde faible dont la puissance est 6 fois inférieure à celle de la morphine expliquée par le fait que son affinité pour les récepteurs est plus faible. L'activation des récepteurs opiacés endogènes "mu" situés principalement dans la corne postérieure de la moelle provoque l'inhibition de la libération des neurotransmetteurs à l'origine de l'effet sur le contrôle de la douleur. Les effets indésirables de la codéine sont ceux des opioïdes : nausées, vomissements et somnolences. La codéine existe également sous la forme de

32 ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Juin 2014. Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf consulté le 12 avril 2014

dihydrocodéine en association au paracétamol présentée dans une forme à libération prolongée dont la puissance équivaut au dixième de celle de la morphine.

Le tramadol

Le tramadol est un mélange racémique de deux énantiomères à effet antalgique synergique : effet opioïde et monoergique. La fixation sur les récepteurs « mu » associée à l'inhibition de la recapture noradrénergique et sérotoninergique réduit la toxicité et le potentiel de dépendance des opioïdes par rapport à la morphine. Cependant, le tramadol entraînerait plus fréquemment des troubles psychiques, en particulier chez les patients âgés. Le tramadol en association à d'autres molécules représente la quatrième substance active la plus vendues en France en 2013³².

d) Les analgésiques de palier 3

La prescription d'opioïdes forts intervient après échec thérapeutique des antalgiques de niveau 2 aux doses thérapeutiques maximales. Ce sont des médicaments destinés à traiter les douleurs d'intensité forte.

a) Morphine et dérivés

La morphine est un antalgique à effet central possédant une action supra spinale et spinale. La forme sulfate de morphine est destinée à la voie orale ou transdermique et entre dans la composition de formes à libération immédiate ou prolongée. Les effets indésirables des opioïdes sont nombreux et peuvent être prévenus par des traitements adaptés (Tableau 2).

Tableau 2 : Effets indésirables induits par les opioïdes

Effet indésirable	Prise en charge
Constipation (dose dépendante)	Prescription conjointe d'un laxatif osmotique + régime hygiéno-diététique adapté + hydratation lavement si absence de selle après 3 jours
Nausées-Vomissements (surtout en début de traitement)	Prescription d'un antiémétique : Primpéran® ou Motilium®
Somnolence	Adaptation posologique
Confusions - Hallucinations	Adaptation posologique
Prurit	Prescription d'antihistaminique

Les dérivés morphiniques tels que le fentanyl, l'hydromorphone ou l'oxycodone ont des durées d'actions différentes du fait leurs différences structurales.

Le fentanyl transdermique représente la voie d'administration de choix lorsque l'administration orale n'est pas possible. La délivrance de la substance active s'opère pendant 72h et convient au traitement des douleurs stables. Comme pour la morphine, la prescription d'un antalgique à libération immédiate peut être envisagée pour soulager les accès douloureux aigus. Le fentanyl par voie trans-muqueuse est indiqué dans les douleurs paroxystiques car il présente une grande rapidité d'action (15 minutes). Plusieurs modes d'administration co-

existent : l'application du bâtonnet sur la muqueuse buccale, l'administration d'un spray nasal, l'application d'un comprimé sublingual, gingival ou d'un film orodispersible.

Pour la prescription de la morphine, on considère qu'il n'existe pas de dose « plafond » définie. La posologie peut être augmentée jusqu'à l'obtention de l'efficacité maximale, cependant, ces doses peuvent s'accompagner d'une augmentation de la fréquence de certains effets indésirables. Toutefois, une dépendance physique associée aux opioïdes à l'origine du syndrome de sevrage peut être observée lors de l'arrêt brutal du traitement. Une réduction progressive des doses par paliers décroissant doit être initiée lorsque le traitement excède 10 jours. A cela, la délivrance des stupéfiants est régie par un cadre juridique spécifique et s'accompagne de procédures particulières à l'officine (posologie indiquée en toute lettre, ordonnance sécurisée, durée de prescription limitée à 7, 14 ou 28 jours, fractionnement de doses de 7 ou 14 jours).

e) Les autres traitements

Les patients atteints de douleurs neuropathiques ne répondent pas aux traitements antalgiques tels que décrits dans le protocole de prise en charge de l'OMS.

Les antidépresseurs tricycliques sont considérés comme le traitement de 1^{ère} intention pour les douleurs neuropathiques. Ils renforcent le contrôle inhibiteur descendant en augmentant les concentrations de neurotransmetteurs. L'amitriptyline, l'imipramine et la chlormipramine³³ sont indiqués dans le traitement de l'algie rebelle et ont démontré leur efficacité dans les douleurs neuropathiques à des doses parfois inférieures aux doses antidépresseurs thérapeutiques. Toutefois, ils possèdent une composante anticholinergique et histaminergique à l'origine d'effets indésirables suivants : rétention urinaire, sécheresse buccale, tachycardie, somnolence... Leur utilisation chez les personnes âgées est limitée. Les doses d'antidépresseurs tricycliques doivent être administrées progressivement jusqu'à l'obtention de la dose efficace. Aussi l'effet retardé des antidépresseurs (jusqu'à 4 semaines) ne doit pas entraver l'adhésion des patients au traitement.

Les Inhibiteurs de la Recapture de la Sérotonine et/ou de la Noradrénaline (IRS et IRSN) sont proposés en alternative aux antidépresseurs tricycliques mais leur efficacité clinique n'a pas été réellement démontrée.

Les antiépileptiques de 1^{ère} et 2^{nde} génération (carbamazépine, gabapentine, prégabaline) ont également démontré un effet antalgique pour les douleurs neuropathiques. Enfin, le clonazépam est parfois utilisé mais ne dispose pas d'AMM dans les douleurs neuropathiques.

33 V. Martinez et. al. - Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010)11, 3–21

A cela, la SEFTD (Société Française d'Étude et de Traitement de la Douleur) et la SFAR (Société Française d'Anesthésie et de Réanimation) précisent que peuvent s'ajouter des traitements locaux³⁴ à base d'anesthésiques afin de soulager les patients.

3.1.3. Prise en charge non médicamenteuse

La HAS recommande le recours aux moyens non pharmacologiques pour la prise en charge de la douleur afin de limiter l'utilisation des analgésiques. En effet, du fait d'une perte d'efficacité à long terme ou en raisons d'effets secondaires mal tolérés, les antalgiques soulagent moins les patients. Des traitements non médicamenteux peuvent être proposés en complément des traitements médicamenteux et non comme une alternative.

Le tableau suivant présente une liste non exhaustive des méthodes non médicamenteuses les plus fréquemment utilisées en pratique :

34 SFETD/SFAR - Techniques analgésiques loco-régionales et douleur chronique - Recommandations formalisées d'experts (SFAR-SFEDT)- 2013 - Disponible en ligne sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahier_sfetd_n2_rfe_alr.pdf - Consulté le 24 février 2015

Tableau 3 : Prise en charge non médicamenteuse des douleurs chroniques

<p>Les thérapies complémentaires et médecine douce^{35,36,37}</p>	<p><u>Traitement biologiques/naturels :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Homéopathie, • Phytothérapie • Vitamines, etc <p><u>Traitements physiques :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ostéopathie ou chiropraxie • Massages (pression glissée, pétrissage...) • Cryothérapie, thermothérapie, etc
<p>Approche psychocorporelles ou comportementales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Relaxation et sophrologie • Hypnose • Art-thérapie • Miroir-thérapie • Méditation • Acupuncture, etc.
<p>La neurostimulation périphérique</p>	<p>L'électrostimulation transcutanée (TENS) est un procédé de stimulation électrique à basse fréquence destinée à renforcer les contrôles inhibiteurs de la douleur.</p>
<p>La chirurgie³⁸</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie destructive (destruction sélective et irréversible des fibres nociceptives) • Chirurgie fonctionnelle (implantation d'un neurostimulateur électrique)

35 I. Nègre - Méthodes non médicamenteuses: compréhension actuelle des mécanismes d'action - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 111–118

36 F. Beroud - Thérapies à médiation corporelle et douleur - Douleurs Évaluation-Diagnostic Traitement (2014) 15,33–38

37 JL. Béal.- Approche non médicamenteuse de la douleur chronique - Unité de Soins Palliatifs - Dijon - Disponible en ligne sur http://www.usp-lamirandiere.com/tt_non_med.htm - Consulté le 20 octobre 2014

38 V. Gastella et.al. - Traitements non médicamenteux de la douleur neuropathique - Presse Med. 2008; 37: 354–357

3.2. Recommandations internationales

De façon générale, les recommandations américaines (American Society of Interventional Pain Physicians - 2012³⁹, American Pain Society -2009⁴⁰), anglaises (British Pain Society- 2010)⁴¹ et canadiennes (National Opioid Use Guideline Group. Canadian - 2011^{42,43}) s'accordent pour préconiser une prise en charge multidisciplinaire. L'instauration d'un traitement pharmacologique doit être considérée au regard de la sévérité des douleurs, de l'impact sur la qualité de vie et du retentissement des douleurs sur les activités de la vie quotidienne. Selon la pathologie en cause des douleurs et de l'état de santé du patient, ces sociétés savantes requièrent d'augmenter progressivement la puissance des traitements antalgiques et de ne recourir aux opioïdes qu'en alternative, après échec des traitements conventionnels. Dès lors qu'un traitement par opioïdes est envisagé, en particulier chez les patients présentant des douleurs non cancéreuses, le rapport bénéfice/risque doit être évalué avec précaution au regard des traitements en cours et doit s'accompagner d'un bilan complet du patient. En l'absence de données d'évidence clinique, les recommandations canadiennes ne préconisent pas l'utilisation des opioïdes forts dans la lombalgie ou la fibromyalgie.^{42,43} Ces recommandations précisent également que ces prescriptions doivent donner lieu à une réévaluation régulière au cours du traitement et considérer l'existence d'alternatives non pharmacologiques (réhabilitation fonctionnelle, chirurgie).

³⁹ Manchikanti L, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I-Evidence assessment.- Part II Guidance Pain Physician 2012; 15:S1-S66; S67-116.

⁴⁰ Chou R, et al. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. The Journal of Pain 2009;10: 113-130

⁴¹ The British Pain Society's. Opioids for persistent pain: good practice. January 2010.

⁴² Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. Can Fam Physician 2011;57:1257-66, e407-18.

⁴³ Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations. Can Fam Physician 2011;57:1269-76, e419-28.

Partie 2 - Contribution à l'analyse médico-économique du réseau AVH LCD

1.1 - Evaluation médico-économique du réseau LCD

1.1. Contexte

Située dans un petit local du 12^{ème} arrondissement de Paris, l'équipe de coordination du réseau Lutter Contre la Douleur (LCD) est constituée d'un médecin directeur-coordonateur, d'une infirmière coordinatrice, d'une secrétaire et d'une chargée de projets. L'association est née de la volonté de médecins hospitaliers et généralistes de se regrouper dans le but d'allier leurs connaissances et compétences au service des patients présentant des douleurs chroniques. Le siège social de l'association est hébergé dans le Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (CETD) de l'hôpital Saint Antoine. Le réseau LCD compte 450 professionnels de santé ou établissements signataires pour assurer la prise en charge d'une file active* de 560 patients environ. Chaque année, la cohorte de patients suivis augmente⁴⁴ (+23% en 2012, +41,6% en 2013). En août 2012, l'Association Ville Hôpital de Lutte Contre la Douleur (AVHLCD) a été reconnue d'intérêt général (Annexe 2).

Le fonctionnement du réseau LCD est soutenu par l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France dans le cadre du Fond d'Intervention Régional. Les patients inclus dans le réseau LCD sont des patients souffrant de douleurs chroniques quelle qu'en soit l'origine. Le réseau LCD vient en aide aux personnes en situation complexe souffrant de pathologies et syndromes très variés (Annexe 3). Ce réseau intervient en soutien aux médecins (généraliste ou traitant) en proposant aux patients une prise en charge non médicamenteuse précoce et multidisciplinaire, tout en cherchant à optimiser les coûts de prise en charge. Cette association ne délivre pas de soins mais propose une prise en charge globale et coordonnée en orientant les patients vers les praticiens les plus appropriés. Ce mode de prise en charge garantit la continuité des soins chez les patients ayant déjà expérimentés le nomadisme médical et l'errance diagnostique dont le risque de chronicisation des douleurs est élevé.

Le réseau LCD vise à aider les patients à comprendre la nature de la douleur, à accepter la réalité de leur douleur et à adhérer aux traitements (Education Thérapeutique du Patient). En accompagnant les patients dans leur projet de re-sociabilisation, le réseau concourt au maintien de l'activité professionnelle.

Ainsi, le réseau propose divers services aux professionnels de santé⁴⁵ et aux patients, tels que :

- « un recours à une assistance téléphonique pour la gestion de la douleur, une consultation rapide d'orientation d'évaluation et de diagnostic éducatif par la coordination, un avis médical expert sur la douleur chronique, une consultation pluridisciplinaire en ville ou à l'hôpital, une orientation vers un

44 Rapport d'activité AVHLCD 2013

*La file active de patients du réseau LCD est calculé sur 3 ans. Elle comprend tous les patients inclus dans le réseau LCD entre le 1 janvier 2011 et le 31 décembre 2011. La cloture d'un dossier patient avant 3 ans de suivi génère un risque de création de nouveau dossier pour les patients réévalués.

45 Réseau LCD – Ce que le réseau peut vous apporter – En ligne <http://www.reseau-lcd.org/professionnel-de-sante-avantages-du-reseau.htm> - Consulté le 5 décembre 2014

paramédical (kinésithérapeute, infirmière) ou psychologue ayant reçu une formation sur la douleur, un ou des ateliers d'éducation thérapeutique.

- une aide dans la démarche médicale grâce à des formations régulières, des réunions mensuelles de concertations pluridisciplinaires (RCP), des adresses de correspondants médicaux et paramédicaux, motivés et formés dans les domaines de la douleur, des protocoles communs et validés par un corps médical, des outils d'évaluation validés, l'acquisition de points EPP (Evaluation des Pratique Professionnels) ou l'agrément DPC (Développement Professionnel Continu) depuis 2013, un site d'autoformation (e-learning).
- un gain de temps grâce à une orientation des patients avec des douleurs chroniques avec une prise en charge adaptée, des hospitalisations programmées dans les services adéquats (sevrage pour abus médicamenteux), un accès facilité aux réseaux de santé existants, une coordination médicale pour faciliter les démarches administratives et la résolution de problèmes spécifiques. »

En parallèle, consciente de l'importance grandissante de la gestion des dépenses de santé, l'équipe coordinatrice a mis en place une démarche d'évaluation médico-économique continue depuis 2011 en collectant des données médicales et économiques relative à la prise en charge des patients. L'étude menée dans le cadre de cette thèse repose sur l'analyse des données collectées par le réseau sur les années 2011 et 2012, les années 2013 et 2014 n'étant pas exploitables au moment de l'étude.

1.2. Méthodes

1.2.1. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'évaluer l'impact médico-économique du dispositif de coordination mis en place par le réseau LCD au regard des données collectées en 2011 et 2012.

Dans un deuxième temps, l'objectif était de contribuer à l'amélioration de la démarche d'évaluation en vue de pérenniser la méthode et de répondre aux exigences des autorités de santé en matière d'évaluation médico-économique.

1.2.2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion définis pour participer à l'évaluation médico-économique du réseau étaient ceux établis pour être inclus dans le réseau. Les patients répondaient aux critères d'éligibilité du réseau lorsque l'ensemble des critères suivants étaient réunis :

- demande de prise en charge coordonnée formulée par le médecin traitant ou spécialiste après accord du patient
- douleur(s) présente(s) depuis plus de 3 mois
- patient ambulatoire ayant la possibilité de se déplacer et se rendre aux consultations, ateliers, etc.
- patient domicilié ou exerçant en Ile de France

Certains patients dans l'incapacité de remplir le questionnaire médico-économique (enfant, personne très âgée ou instable, langue étrangère, analphabète) ou sur avis ponctuel du patient estimant la prise en charge coordonnée non nécessaire, n'ont par conséquent pas été inclus dans l'étude.

1.2.3. Paramètres renseignés

Les données médico-économiques des patients inclus dans le réseau ont été collectées à l'aide de questionnaires. (Annexe 4 Annexe 5) Il s'agissait de données déclaratives relatives à l'expérience des patients. Les données étaient collectées à l'inclusion (T0), à 6 mois (T6) et à 12 mois (T12). Les questionnaires T0 et T6/T12 comportaient les mêmes questions exceptée une partie administrative complétée uniquement le jour de l'inclusion. Vingt-quatre questions (qualitatives et quantitatives) organisées par thématiques composaient le questionnaire :

- 10 questions extraites du Questionnaire Concis Douleur mesurant l'intensité de la douleur et l'impact de la douleur sur la qualité de vie (échelles numériques graduées de 0 à 10)
- 2 questions renseignant la situation professionnelle et le niveau de handicap
- 12 questions relatives à la consommation de soins.

La plupart des questions étaient à choix multiples avec des réponses simples présentées sous forme de fourchette de valeurs, telles que « *Aucun* ; ≤ 3 ; 4 à 6 ; ≥ 7 » accompagnées ou non de questions ouvertes pour compléter les réponses.

Plus précisément, le questionnaire T0 renseignait de façon rétrospective les données médico-économiques du patient sur l'année précédant l'inclusion dans le réseau. Quant aux questionnaires T6 et T12, ils exploraient prospectivement l'évolution de la douleur, de la qualité de vie et de la consommation de soins à 6 mois et 12 mois après l'entrée dans le réseau. Les questions des questionnaires T6 et T12 étaient formulées de manière à renseigner la période écoulée entre l'inclusion dans le réseau et la remise du questionnaire. La principale différence entre les questionnaires était le mode de recueil des informations. A l'inclusion, le questionnaire T0 était complété par l'équipe coordinatrice lors de la visite d'orientation, tandis que les questionnaires T6 et T12 étaient envoyés au domicile du patient, puis renseignés par le patient seul et renvoyés (ou non) par courrier postal au réseau.

L'ensemble des données collectées grâce aux questionnaires a été anonymisé, colligé et informatisé par traitement manuel dans le logiciel MODALISA.

1.2.4. Analyse statistique

L'analyse des données du réseau a concerné les années 2011 et 2012. Présentée initialement sous format EXCEL, l'analyse statistique de la base de données a été traitée à l'aide du logiciel STATA 13.

Avant de débiter l'analyse, un échantillonnage sur 10 patients a été effectué afin d'apprécier la qualité de la base de données. Un travail de retraitement des données a été nécessaire pour constituer une base homogène et exploitable.

Les principales étapes de retraitement ont été les suivantes :

- Remplacement et conversion des variables textuelles par des variables numériques
- Modification des intitulés des variables
- Création et regroupement de variables catégorielles

Il est apparu nécessaire de regrouper certaines modalités par intérêt au regard de la dispersion des patients répondants par niveau de réponse. Les regroupements ont été opérés par déduction pour les variables « *situation professionnelle* » et « *durée d'arrêt de travail* », tandis que le découpage par niveau d'intensité de la douleur effectué correspondait à celui défini par l'OMS pour déterminer le palier d'antalgiques à utiliser. (Tableau 4).

Tableau 4 : Regroupement des variables

	Modalités recueillies	Modalités exploitées après regroupement
Situation professionnelle	(8) En activité, Sans profession, Chômage, Retraité-Etudiant, Arrêt maladie, Accident du travail, Maladie professionnelle, Invalidité	(3) En activité, En arrêt, Sans activité
Durée d'arrêt de travail	(6) Aucun, <15 jours, 15 à 30 jours, 1 à 3 mois, 3 à 6 mois, >6 mois	(2) Moins d'un mois, Plus d'un mois
Douleur ressentie	(10) Echelle numérique de 0 à 10	(5) [0] Douleur absente, [1 à 3] Douleur légère, [3 à 5] Douleur modérée, [5 à 7] Douleur intense, [> 7], Douleur très intense

Au fil de l'échantillonnage la gestion des données manquantes est apparue comme un paramètre supplémentaire à prendre en compte aux vues des taux de valeurs manquantes non négligeables observés (de 30 à 50% selon les questions). C'est pourquoi les résultats finaux sont présentés d'une part en considérant toute la cohorte de patients (193) et d'autre part selon les patients répondants.

De manière générale, la méthodologie de l'analyse médico-économique a été adaptée au plus près de l'instruction de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS)⁴⁶ parue en 2012 dont l'objectif vise à établir une « *comparaison coûts/résultats entre l'activité menée par un réseau et une prise en charge par des acteurs non coordonnés* » sur une année révolue. Ces recommandations justifient le fait que les données collectées à 6 mois n'aient pas été exploitées dans le cadre de cette analyse.

Le protocole d'analyse statistique prévoyait donc en plus d'une analyse comparative qualitative et quantitative, une analyse complémentaire cherchant à expliquer le fort taux de valeurs manquantes :

46 DGOS - Instruction DGOS/PF3/CNAM n°2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé

- Analyse descriptive comparative

L'analyse statistique des variables qualitatives a été réalisée à partir du test du chi2 ou du test exact de Fisher afin de comparer les résultats à T0 et T12. L'hypothèse H0 formulée reposait sur l'absence de différence entre les pourcentages des deux groupes T0 et T12. La significativité des résultats était admise pour $p < 0,05$.

- Analyse économique comparative

L'analyse économique consistait en la valorisation de la consommation de soins, du point de vue du payeur, c'est-à-dire de l'assurance maladie. Les coûts estimés ont été calculés à partir des données de l'assurance maladie, du Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) et d'hypothèses validées par les praticiens du réseau. L'analyse était basée sur l'estimation des coûts de consultations médicales, des coûts d'hospitalisation et du coût des arrêts de travail en France. Ces coûts ont été calculés sur la base des années 2011 à 2013 dans la mesure du possible. Les calculs ont été effectués de manière à générer un coût moyen ou médian pour chaque réponse donnée.

Au total, en sommant toutes les dépenses de santé relatives à la consommation de soins, il a été calculé un coût moyen par patient par an à T0 et T12. Les résultats moyens entre les deux groupes ont été comparés en utilisant le test de Student pour lequel la significativité était admise pour $p < 0,05$.

Pour valoriser la consommation de soins, une étape de « costing » a été nécessaire pour évaluer les coûts à appliquer par niveau de réponse, en considérant le milieu de l'intervalle proposée : *Ex : Pour la réponse « 11 à 30 jours » d'hospitalisation, 20,5 jours ont été retenus pour le calcul tarifaire.*

- Coûts des hospitalisations

A partir de la classification des Groupes Homogènes de Malades (GHM), les classes de séjours pouvant être codées lors de l'hospitalisation d'un patient douloureux chronique dont l'admission était motivée par la douleur, ont été identifiées. Il s'agit des 4 GHM intitulés « douleurs chroniques rebelles » gradés de 1 à 4 selon le niveau de sévérité.

Tableau 5 : Actes relatifs à une admission pour douleur chronique

Code	GHM
01M211	Douleurs chroniques rebelles, niveau 1
01M212	Douleurs chroniques rebelles, niveau 2
01M213	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3
01M214	Douleurs chroniques rebelles, niveau 4

Dans un premier temps, la valorisation des séjours hospitaliers a été pensée sur la base d'un tarif moyen journalier pondéré par le nombre et la durée moyenne des séjours codés en 2011 et 2012. (Annexe 6) Cependant, même si les écarts constatés entre les deux méthodes se sont révélés relativement faibles, ce raisonnement tarifaire à l'échelle de la journée allait à l'encontre du système de facturation qu'est la tarification à l'activité (T2A). En effet, ce mode de tarification (Groupe Homogène de Séjour - GHS) permet une

rémunération forfaitaire globale quelque soit la durée de séjour, à partir du moment où celle ci est comprise entre la borne basse et la borne haute définie par le GHM. Finalement, le choix de valoriser les séjours hospitaliers sur la base des tarifs GHS moyen entre 2011 et 2012 rapportés par les statistiques annuelles, a été opté. Il a ainsi été listé la ou les combinaisons de codage les plus susceptibles d'avoir été codées par les praticiens entre les GHM de niveau de sévérité 1 à 3 selon les durées de séjours renseignés par les patients dans les questionnaires. Ce choix méthodologique a été admis au regard du constat suivant : les GHM 01M211, 01M212 et 01M213 ont représentés la majorité des séjours codés en 2011 et 2012, respectivement 39%, 27% et 31%.

Tableau 6 : Statistiques annuelles de codage des séjours hospitaliers pour douleur chronique rebelle (ATIH)

Code GHM	Nombre de séjours codés 2011 (ex-DGF+ex-OQN)	Nombre de séjours codés 2012 (ex-DGF+ex-OQN)	Total des séjours codés en 2011 et 2012 (ex-DGF+ex-OQN)	Proportion
01M211	645	800	1445	38,5%
01M212	467	548	1015	27,1%
01M213	511	635	1146	30,6%
01M214	66	79	145	3,9%
TOTAL			3751	100%

Ex-DGF : Etablissement de secteur public, Ex-OQN : Etablissement de secteur privé non lucratif

Au final, de tous les tarifs correspondant aux combinaisons de codage éventuelles, c'est le tarif le plus bas qui a été retenu pour rester dans les conditions les plus défavorables au réseau. Un exemple est présenté dans le Tableau 7 et l'ensemble des calculs est exposé en (Annexe 7) :

Tableau 7 : Logique de raisonnement pour la détermination des coûts d'hospitalisation

Code	GHM	Bb (jrs)	Bh (jrs)	GHS pondéré sur 2011/2012	DMS 2011	DMS 2012	DMS calculée 2011/12
01M211	Douleurs chroniques rebelles, niveau 1	2	10	1 705,52 €	3,86	3,92	3,89
01M212	Douleurs chroniques rebelles, niveau 2	4	18	3 274,63 €	8,11	8	8,055
01M213	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3		33	5 837,58 €	12,52	12,62	12,57
01M214	Douleurs chroniques rebelles, niveau 4		47	9 560,79 €	17,58	17,28	17,43

Un GHM constitue un ensemble homogène de séjours hospitalier défini par un contenu médical (diagnostic principal, actes réalisés, comorbidités, diagnostic associé..) et administratif (age, sexes, durée de séjours...). Le GHS est un forfait tarifaire correspondant à l'ensemble des dépenses d'un GHM donné pour un établissement public ou privée. Les tarifs GHS sont revus et réévalués plusieurs fois par an au regard de l'échelle nationale de coûts.

Pour chaque GHM, les statistiques de l'ATIH renseignent la Durée Moyenne de Séjour par patient selon les observations d'une année complète.

DMS : durée moyenne de séjour, Bb : Borne basse ; Bh : Borne haute

Réponse (valeur moyenne de l'intervalle)	Combinaison codage GHM	DMS (jours)	Tarif moyen correspondant	Tarif moyen retenu
<input checked="" type="checkbox"/> 11 à 30 jours (20,5)	5*01M211*	5*3,89 = 19,45	8 527,59 €	8 254,77 €
	3*01M212*	3*8,055 = 24,165	9 823,88 €	
	1*01M211+2*01M212*	1*3,89+2*8,055= 20	8 254,77 €	
	4*01M211+1*01M212*	4*3,89+1*8,055= 23,62	10 096,70 €	
	1*01M212+1*01M213*	1*8,055+ 1*12,57= 20,625	9 112,21 €	
	2*01M211+1*01M213*	2*3,89 + 1*12,57= 20,35	9 248,62 €	

* Il est ici supposé que le patient a passé 5 séjours à l'hôpital pour douleurs chronique de niveau 1, soit 5 séjours d'une DMS pondérée de 3,89 jours soit 19,45 jours (valeur proche de 20,5, durée moyenne de la fourchette de réponse). Cette approche simule les différents scénarios de facturation possible pour chaque niveau de réponse.

- Coût des consultations kinésithérapie

Après avoir échangé avec l'équipe coordinatrice du réseau sur les pratiques de prise en charge des patients avec des douleurs chroniques, et à partir de la nomenclature des actes de kinésithérapie, les différents actes pratiqués et facturés aux patients ont été recensés. Il s'agissait essentiellement d'actes de rééducation et de kiné balnéothérapie réalisés sur les membres supérieurs et/ou inférieurs.

Tableau 8 : Actes relatifs à la prise en charge des douleurs chroniques par un kinésithérapeute

Désignation de l'acte
CHAPITRE II - TRAITEMENTS INDIVIDUELS DE RÉÉDUCATION ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLES
Article 1 - Rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques
Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation est la même, que la rééducation porte sur l'ensemble du membre ou sur un segment de membre)
Rééducation de tout ou partie de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres.
Rééducation du rachis et/ou des ceintures quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée (la cotation. est la même quand la pathologie rachidienne s'accompagne d'une radiculalgie n'entraînant pas de déficit moteur)
Rééducation de l'enfant ou de l'adolescent pour déviation latérale ou sagittale du rachis
Article 2 - Rééducation des conséquences des affections rhumatismales inflammatoires
Rééducation des malades atteints de rhumatisme inflammatoire (pelvi spondylite, polyarthrite rhumatoïde...)
<ul style="list-style-type: none"> atteinte localisée à un membre ou le tronc atteinte de plusieurs membres, ou du tronc et d'un ou plusieurs membres
Article 4 - Rééducation des conséquences d'affections neurologiques et musculaires
Rééducation des atteintes périphériques radiculaires ou tronculaires :
<ul style="list-style-type: none"> atteintes localisées à un membre ou à la face atteintes intéressant plusieurs membres
CHAPITRE IV. - DIVERS
Kinébalnéothérapie. Pour les actes du chapitre II, la kinébalnéothérapie donne lieu à supplément
<ul style="list-style-type: none"> en bassin (dimensions minimales : 2 m x 1,80 m x 0,60 m) en piscine (dimensions minimales : 2 m x 3 m x 1,10 m)

Au total, en considérant le système de facturation français, la cotation du bilan diagnostique en sus du bilan forfaitaire des séances, n'a été appliquée que pour un nombre de séances supérieur ou égal à 10.

- **Coût des consultations médicales**

Le tarif unitaire conventionnel d'une consultation (23 €) a été appliqué simplement pour chaque tranche de réponse. Puisque la question ne permettait ni de distinguer les généralistes, des spécialistes ni de tenir compte de la fréquence des visites, il est ici supposé que le nombre de médecins visités déclaré par les patients représentait le nombre de professionnels de santé consultés une fois au moins.

- **Coût des arrêts maladies**

Les arrêts de travail peuvent être prescrits en raison de maladie, de congé maternité/paternité ou d'accident de travail. Les patients en arrêt de travail pour maladie peuvent percevoir des indemnités journalières (IJ) versées par l'assurance maladie (AM). La perspective de l'analyse adoptée étant celle de l'AM, seules les IJ compensatrices des salaires ont été considérées. Le coût d'arrêt travail pour maladie a été estimé à partir de

données de la littérature. La Cour des Comptes a publié en 2012⁴⁷ un rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières au titre de la maladie. Avec près de 6,5 milliards d'euros dépensés correspondant à la prise en charge de 204 millions de journées le coût moyen s'élève à environ 30 € par journée d'indemnisation. Ce montant a servi de référentiel pour l'élaboration des coûts pratiqués pour les durées renseignées dans le questionnaire, en considérant bien entendu, que les IJ ne sont versées qu'après un délai de carence de 3 jours.

⁴⁷ Cour des Comptes – Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie – Juillet 2012

Au total, l'ensemble des coûts ayant servis à l'analyse économique est résumé dans le

Tableau 9 :

Tableau 9 : Base de coûts utilisée pour l'analyse

Postes de dépenses	Coûts par type de réponse
Hospitalisation	
Aucun	0 €
1 à 5 jours	1 705,52 €
6 à 10 jours	3 274,63 €
11 à 30 jours	8 254,77 €
>30 jours	13 098,51 €
Consultations médicales	
Aucune	- €
≤ 3	46 €
4 à 6	115 €
≥ 7	161 €
Séances de kinésithérapie	
Aucune	0 €
≤ 3	199,05 €
10 à 30	417,57 €
≥ 30	616,62 €
Arrêt maladie	
Aucun	0 €
< 15 jours	144,80 €
15 à 30 jours	627,48 €
1 à 3 mois	1 834,16 €
3 à 6 mois	4 247,52 €
> 6 mois	5 695,54 €

- *Analyse complémentaire*

Une analyse complémentaire concernant les valeurs manquantes a été réalisée de manière à expliquer ces observations. A savoir notamment, si les patients les plus douloureux, les plus précaires à l'inclusion étaient ceux n'ayant pas répondu au questionnaire un an après. Pour ce faire, une régression logistique binaire de la variable « *valeur manquante T12* » a été réalisée à partir de la variable « *humeurT12* » pour laquelle la proportion de valeurs manquantes était représentative de l'échantillon T12 (N=84 soit 43,5%). Cette variable ne prenait que 2 modalités, la valeur 1 si une réponse était renseignée à T0 et non à T12, et la valeur 0 si à l'inverse la réponse était renseignée à la fois à T0 et à T12. Ainsi la régression visait à expliquer la variable dichotomique $Y \{0 ; 1\}$ en fonction des variables explicatives X_1, X_2, X_n définies par les caractéristiques initiales des patients (âge, sexe, pathologie initiale, situation professionnelle...).

1.3. Résultats

1.3.1. Caractéristiques démographiques

L'échantillon de patients inclus dans le réseau ayant répondu aux questionnaires médico-économiques comprenait 193 individus dont 130 femmes (67,4%). Les patients étaient âgés en moyenne de 45,8 ans, et 8,8% des patients étaient âgés de plus de 65 ans. D'après les niveaux d'études renseignés, près de 70% des patients enquêtés disposaient d'un niveau d'étude supérieur.

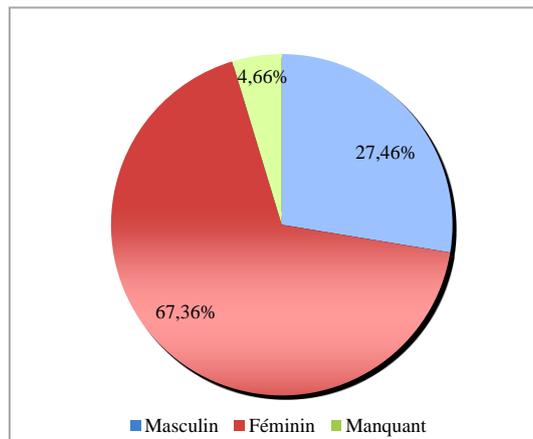


Figure 1 : Distribution des patients par sexe (N=193)

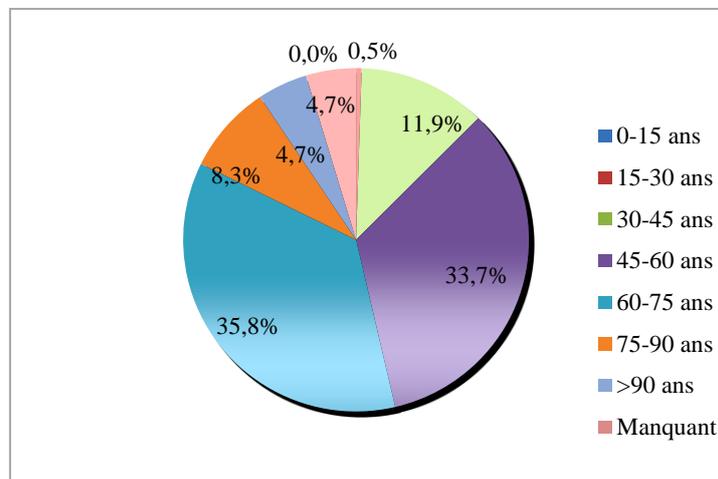


Figure 2 : Distribution des patients par classe d'âge (N=193)

La plupart des patients étaient inscrits au régime général de la sécurité sociale (69,43%), les autres patients appartenaient au régime indépendant, agricole ou autre.. D'un point de vue relationnel, 126 patients affirmaient être en couple (marié ou en vie marital) et déclaraient être soutenu par leur entourage dans 72% des cas. Une vie de famille existait dans près de 6 cas sur 10 (56,5%) avec une moyenne de 1,3 enfants par foyer. Cependant, 60% d'entre eux éprouvaient un sentiment d'isolement en raison de la douleur. La durée moyenne d'installation de la douleur datait de plus d'un an pour la majorité des patients (78,75%).

Les pathologies à l'origine des douleurs chroniques étaient principalement les céphalées et migraines (24,3%), les lombalgies et sciatiques (23,3%) puis les cancers (11,4%). Les douleurs musculaires ou neuropathies, les syndromes fibromyalgiques, l'arthrose ou l'algodystrophie ont également été rapportés mais dans une moindre mesure (<10%).

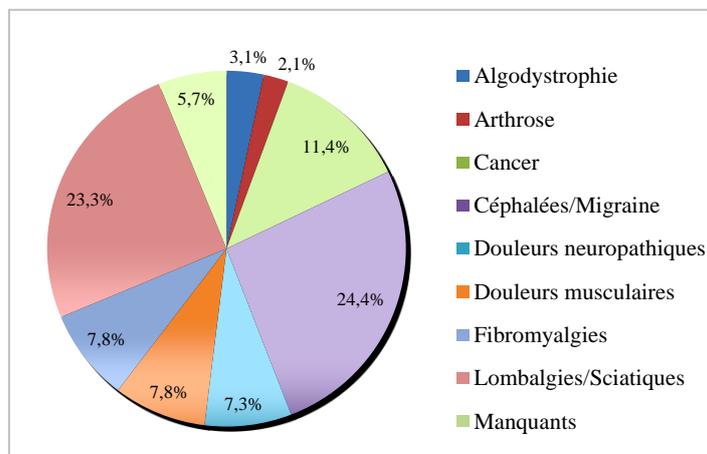


Figure 3 : Répartition des patients en fonction de la pathologie principale à l'inclusion (N=193)

Concernant la situation professionnelle des patients du réseau, la moitié déclarait être en activité professionnelle tandis que l'autre moitié se voyait prescrire un arrêt temporaire de travail (arrêt maladie, accident de travail, maladie professionnelle – 19,69%) ou bien se trouvait sans activité professionnelle (étudiant, chômeur ou retraité – 23,83%). Parmi les patients en activité, seuls 15% semblaient contraints au port de charges lourdes dans le cadre de leur travail.

La fragilité morale et physique des patients à l'inclusion était atteinte : 52% des individus estimaient avoir souffert d'un handicap important à très important au quotidien durant l'année passée. Aussi, à l'inclusion, la majorité des patients présentaient des troubles psychologiques : respectivement 4 patients sur 10 et 1 patient sur 4 présentaient un score d'anxiété ou de dépression ≥ 11 , à interpréter comme la présence d'une symptomatologie anxieuse ou dépressive avérée. Parmi eux, il a été décelé chez 35 patients l'existence de troubles à la fois anxigènes et dépressifs.

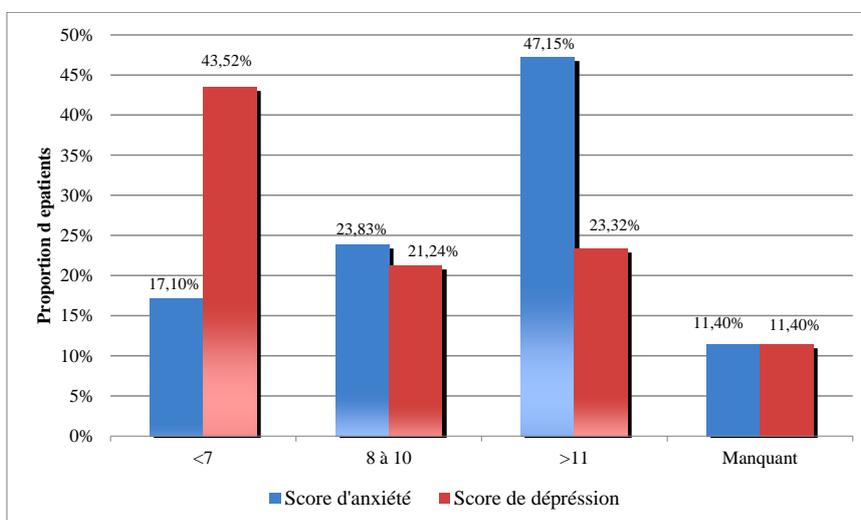


Figure 4 : Score d'anxiété et score de dépression à l'inclusion (N=193)

Pour dépister des symptomatologies anxieuses et dépressives, pour chacun des scores A (anxiété) et D (dépression), l'interprétation peut être la suivante : ≤ 7 ou moins : absence de symptomatologie / 8 à 10 : symptomatologie douteuse / ≥ 11 : symptomatologie certaine.

Tableau 10 : Caractéristiques sociodémographiques des patients de l'étude

Caractéristiques démographiques		N (%)
Sexe		
Homme		53 (27,5)
Femme		130 (67,4)
Manquants		10 (5,1)
Age moyen en années (EC)		45,8 (14,1)
Niveau d'étude		
Primaire		2 (1,04)
Certificat d'étude		7(3,63)
BEPC		24 (12,44)
Baccalauréat		26 (13,47)
Etudes supérieurs		117(60,62)
Manquants		17 (8,81)
Situation familiale		
En couple		109 (56,5)
Célibataire		71 (36,8)
Manquants		13 (6,7)
Nombre moyen d'enfant par foyer (EC)		1,3 (1)
Protection sociale		
Régime général		134 (69,43)
Autres (agricole, indépendant, autre)		33 (17,1)
Manquants		26 (13,47)
Pathologie principale		
Céphalées/Migraines		47 (24,3)
Lombalgies/Sciatiques		45 (26,32)
Cancers		22 (11,4)
Douleurs musculaires		14 (7,2)
Douleurs neuropathiques		15 (8,4)
Syndromes fibromyalgiques		15 (8,4)
Arthrose		4 (2,07)
Algodystrophie		6 (3,11)
Manquants		11 (5,70)
Ancienneté de la douleur		
<1 ans		31 (16,07)
>1 ans		152 (78,75)*
Manquants		10 (5,18)
Profil psychologique		
Score d'anxiété		10,9 (3,8)
Score de dépression		8,1 (4,4)
Niveau de handicap		
Aucun		5 (2,59)
Léger		19 (9,84)
Moyen		47 (2.35)
Important		80 (41.45)
Très important		21 (10.88)
Manquants		21 (10.88)
Situation professionnelle		
En activité		99 (51,30)
<i>Port de charges lourdes</i>		30 (15,54)
Arrêt temporaire		38 (19,69)
<i>Durée arrêt de travail >1 mois</i>		64 (33.16)
Sans activité		46 (23,83)
Manquant		10 (5,18)

EC : Ecart-type

1.3.2. Analyse descriptive comparative

Les informations collectées à T12 ont été comparées à celles obtenues à T0 afin d'apprécier l'impact de la prise en charge coordonnée par le réseau LCD sur l'évolution du niveau de douleur, de qualité de vie et de consommation de soins.

De façon générale, une réduction du handicap ressenti au quotidien a été observée. Après un an dans le réseau, la proportion de patient ne présentant aucun handicap a triplée par rapport à l'inclusion. Le nombre de patient déclarant un handicap léger était supérieure à T12 versus T0 et constituait une différence statistiquement significative (15,54% versus 9,84%, $p=0,049$). La diminution du nombre de patients affirmant ressentir un handicap très important était significative à T12 (3,11% vs 10,88%, $p=0,014$) par rapport à T0.

Tableau 11 : Evolution du handicap entre T0 et T12

	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Aucun	5 (2.59)	14 (7.25)	0,450
Léger	19 (9.84)	30 (15.54)	0,049*
Moyen	47 (24.35)	22 (11.40)	0,412
Important	80 (41.45)	27 (13.99)	0,096
Très important	21 (10.88)	6 (3.11)	0,014*
Manquant	21 (10.88)	94 (48.70)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

*Différence statistiquement significative

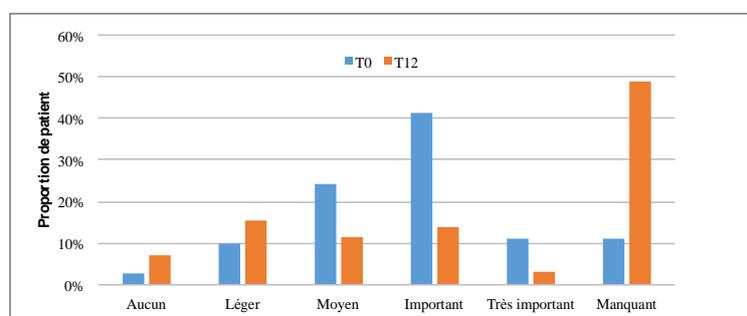


Figure 5 : Diagramme d'évolution du handicap entre T0 et T12 (N=193)

Concernant la situation professionnelle des patients, la tendance globale a montré que la proportion de patients ayant retrouvé, perdu ou suspendu leur activité professionnelle a diminuée. Bien que les différences observées entre les deux groupes soient statistiquement significatives, ces observations ne permettent pas de statuer de l'impact du réseau de santé sur l'amélioration ou dégradation de la situation professionnelle, le nombre de valeurs manquantes étant très important. Toutefois, en admettant que les réponses manquantes n'étaient pas corrélées à la situation professionnelle, la proportion de patient en arrêt temporaire ou sans activité ne représentait que 10 à 20% des patients par rapport aux patients en activité professionnelle sur l'ensemble des patients ayant renseigné la question à T12,

Tableau 12 : Evolution de la situation professionnelle entre T0 et T12

	T0 N (%)	T12 N (%)	P value
En activité professionnelle	99 (51.30)	67 (34.72)	0,000*
En arrêt, suspend	46 (23.83)	22 (11.39)	0,000*
Sans activité professionnelle	38 (19.69)	9 (4.66)	0,000*
Manquant (m)	10 (5.18)	83 (44.56)	
Total	193 (100)	193 (100)	

**Différence statistiquement significative*

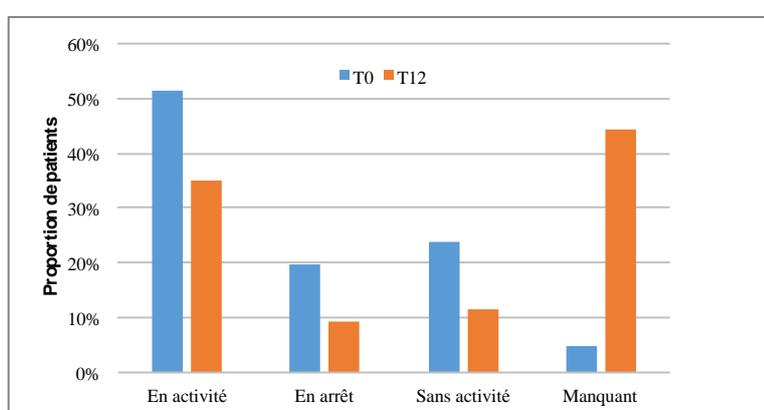


Figure 6 : Diagramme d'évolution de la situation professionnelle entre T0 et T12 (N=193)

L'auto-évaluation de la douleur sur l'échelle numérique permet de mesurer l'intensité de la douleur ressentie par les patients à un moment donné ou sur une période passée. S'agissant de l'intensité de la douleur ressentie au moment présent, les patients étaient statistiquement moins nombreux à décrire une douleur très intense à T12 (7,25%) qu'à T0 (10,88%) ($p=0,001$). De la même façon, 42 patients ont affirmé à T12 (21,76%) que la douleur la plus intense ressentie depuis huit jours était très intense comparé à 101 patients à T0 (52,33%). La différence observée entre les deux groupes était statistiquement significative ($p=0,002$). Cependant, il n'a pas été mis en évidence de différence statistiquement significative entre les deux groupes concernant l'intensité de la douleur habituelle ressentie depuis huit jours malgré les proportions observées, pourtant en faveur du réseau (34,30% vs 6,74% de douleur d'intensité légère ; 8,81% vs 34,72% de douleur qualifiée d'intense et 0% vs 9,84% de douleur décrites comme très intense).

Tableau 13 : Evolution du niveau de douleur entre T0 et T12

	T0 N (%)			T12 N (%) p		
	Au moment présent	La plus intense depuis 8 jours	Habituelle depuis 8 jours	Au moment présent	La plus intense depuis 8 jours	Habituelle depuis 8 jours
Douleur absente	16 (8.29)	4 (2.07)	6 (3.11)	12 (6.22) (0,015)*	3 (1.55) (0,308)	9 (4.66) (0,325)
Douleur légère	31(16.06)	5 (2.59)	13 (6.74)	38 (19.69) (0,083)	20 (10.36) (0,302)	66 (34.20) (0,529)
Douleur modérée	41 (21.24)	9 (4.66)	40 (20.73)	20 (10.36) (0,596)	18 (9.33) (0,211)	24 (12.44) (0,403)
Douleur intense	55 (28.50)	34 (17.62)	67 (34.72)	25 (12.95) (0,115)	26 (13.47) (0,063)	17 (8.81) (0,491)
Douleur très intense	21 (10.88)	101 (52.33)	19 (9.84)	14 (7.25) (0,001)*	42 (21.76) (0,002)*	0 (0.00) (0.246)
Manquant	29 (15.03)	40 (20.73)	48 (24.87)	84 (43.52)	84 (43.52)	77 (39.90)
Total	193 (100)	193 (100)	193 (100)	193 (100)	193 (100)	193 (100)

**Différence statistiquement significative*

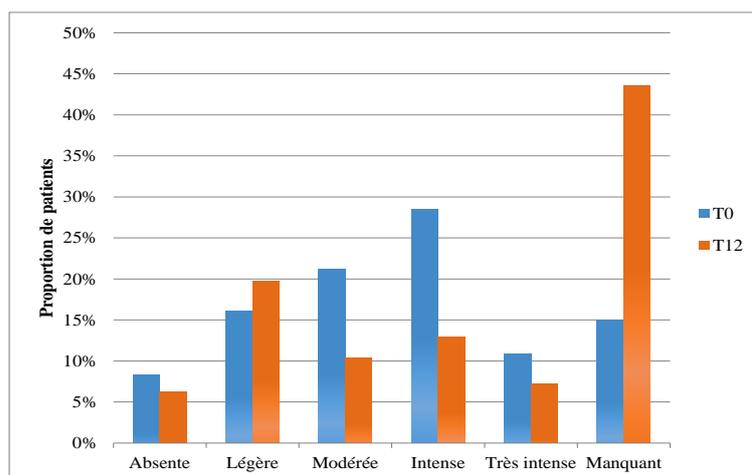


Figure 7 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur au moment présent entre T0 et T12 (N=193)

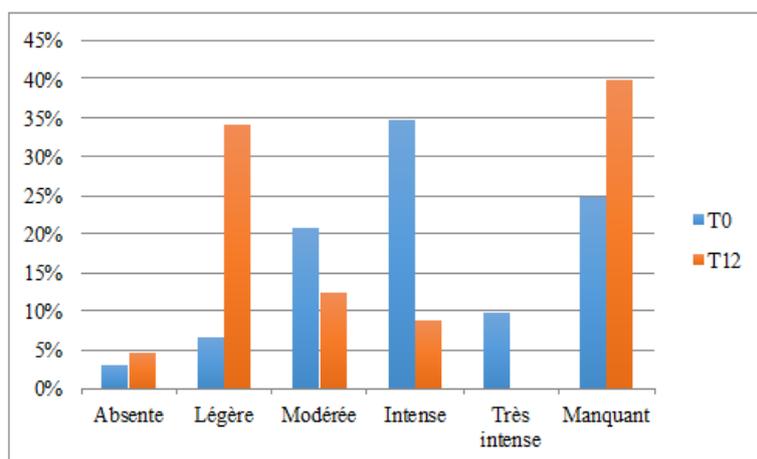


Figure 8 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur habituelle depuis 8 jours entre T0 et T12 (N=193)

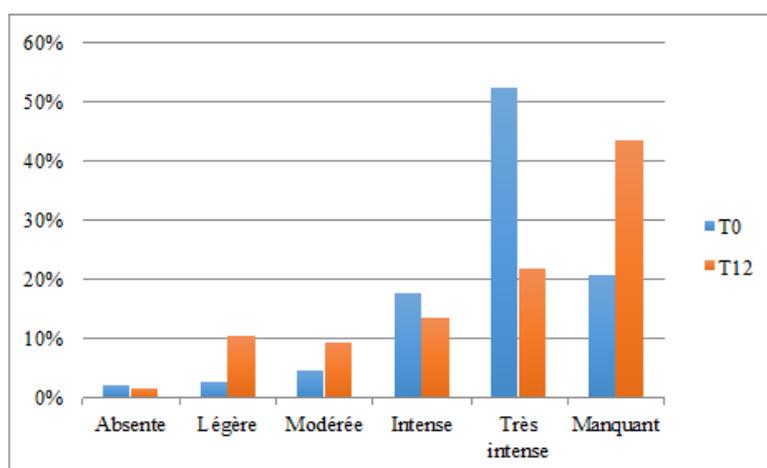


Figure 9 : Diagramme d'évolution du niveau de douleur le intense depuis 8 jours T0 et T12 (N=193)

Le retentissement de la douleur sur la qualité de vie affecte sensiblement les patients avec une douleur chronique. Les douleurs constituent une gêne quotidienne dans la réalisation des activités de routine et la chronicité contribue à l'altération de la qualité du sommeil, la généralisation des baisses de l'humeur et à la dégradation de relations interpersonnelles. Avant le suivi des patients par le réseau, le niveau moyen de gêne induit par les douleurs sur les activités de la vie quotidienne était systématiquement estimé à plus de 5 sur une échelle de 0 à 10. A l'inverse, à T12 l'impact de la douleur semblait significativement atténué puisque il a été estimé entre 3,50 (sous-échelle du goût de vivre) et 4,47 (sous-échelle du travail) en moyenne. L'écart d'impact mesuré de la douleur sur la vie quotidienne a mis en évidence une différence statistiquement significative entre les deux groupes en faveur du réseau sur les 6 dimensions de l'évaluation.

Tableau 14 : Evolution de l'impact moyen de la douleur sur la qualité de vie entre T0 et T12

	T0	T12	
	Niveau moyen de gêne	Niveau moyen de gêne	P value
	(observations)	(observations)	
Humeur	6,26 ± 0,18 (175)	4,26 ± 0,28 (109)	0,0000*
Marche	4,95 ± 0,23 (175)	3,73 ± 0,30 (109)	0,0013*
Travail	6,82 ± 0,16 (173)	4,47 ± 0,29 (107)	0,0000*
Relationnel	5,58 ± 0,19 (173)	3,87 ± 0,27 (109)	0,0000*
Sommeil	5,65 ± 0,25 (174)	4,15 ± 0,31 (108)	0,0002*
Goût de vivre	4,93 ± 0,22 (173)	3,50 ± 0,29 (109)	0,0001*

**Différence statistiquement significative*

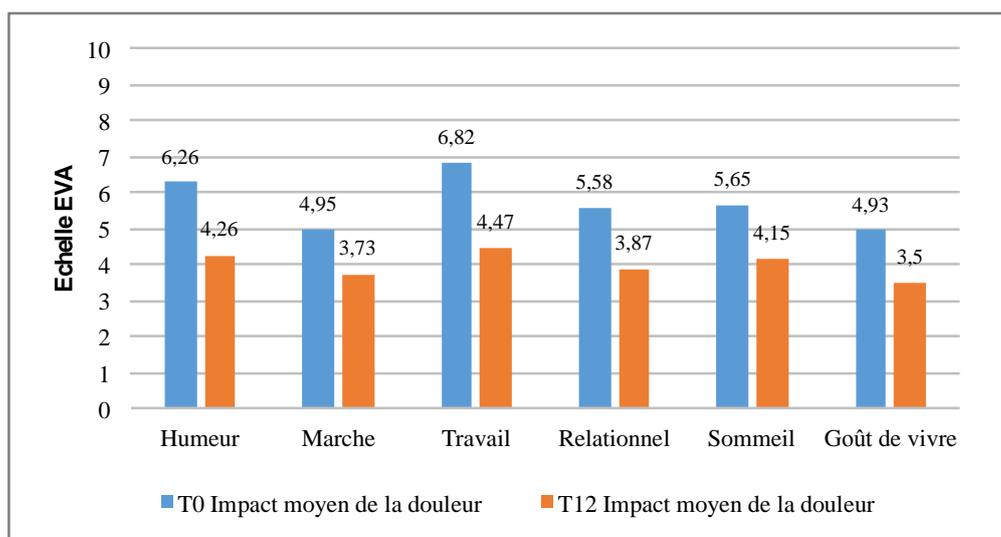


Figure 10 : Diagramme d'évolution de l'impact moyen de la douleur sur la qualité de vie entre T0 et T12 (N=193)

Tandis que la totalité des patients ayant répondu (64 patients), affirmaient avoir été en arrêt de travail depuis plus d'un mois avant d'intégrer le réseau, un an après, 15% de patients supplémentaires (93 patients) ont renseigné la question et indiquait avoir été en arrêt de travail en raison de douleurs chroniques. Toutefois, une légère amélioration a pu être constatée entre T0 et T12 puisque les patients concernés présentaient autant d'arrêts inférieurs à 30 jours que supérieurs à 30 jours.

Tableau 15 : Evolution des arrêts de travail entre T0 et T12

Nombre de jours d'arrêt de travail	T0	T12
	N (%)	N (%)
Moins d'un mois	-	47 (24.35)
Plus d'un mois	64 (33.16)	46 (23.83) (0,270)
Manquant	129 (66.84)	100 (51.81)
Total	193 (100)	193 (100)

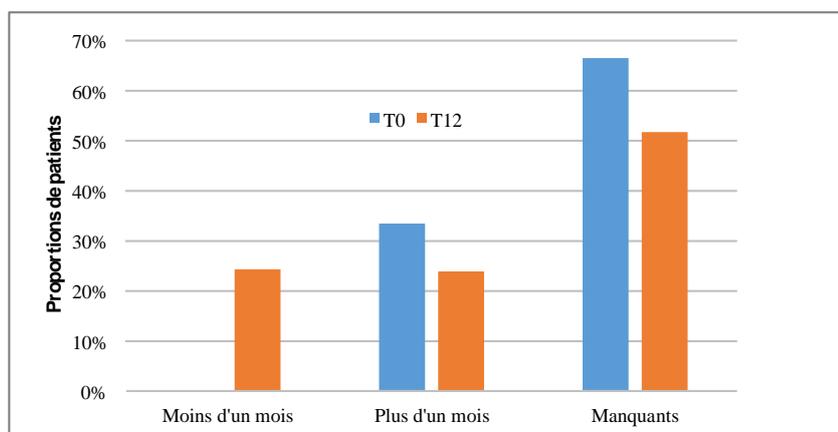


Figure 11 : Diagramme d'évolution des arrêts de travail entre T0 et T12 (N=193)

D'autre part, les questionnaires abordaient la question du recours à l'hospitalisation motivé par les douleurs, telles que les céphalées chroniques quotidiennes ou l'arthrose dégénérative par exemple. Au total, 11 patients à T12 contre 41 patients à T0 ont déclaré avoir été hospitalisés ($p=0,212$). Seule une différence statistiquement significative relative au nombre de séjours pour hospitalisation de courte durée (1 à 10 jours) a été observée en faveur du réseau LCD, respectivement pour la durée de 1 à 5 jours (18,18% vs 39,02%, $p=0,023$) et de 6 à 10 jours (18,18% vs 29,27%, $p=0,024$). Les séjours de plus longue durée ont été plus fréquemment rapportés à T12 mais cette différence n'était pas statistiquement significative.

Tableau 16 : Evolution du taux d'hospitalisation entre T0 et T12

Hospitalisation	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Oui	41 (21.24)	11 (5.69)	0,212
Non	140 (72.54)	96 (49.74)	
Manquant (M)	12 (6.22)	86 (44.56)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

Tableau 17 : Evolution de la durée d'hospitalisation entre T0 et T12

Nombre de jours	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
1 à 5 jours	16 (39.02)	2 (18.18)	0,023*
6 à 10 jours	12 (29.27)	2 (18.18)	0,024*
11 à 30 jours	8 (19.51)	5 (45.45)	0,071
Plus de 30 jours	3 (7.32)	2 (18.18)	0,134
Manquant	2 (4.88)	-	-
Total	39 (100)	11 (100)	0,212

Tableau 18 : Durée moyenne d'hospitalisation à T0 et T12 (N = patient répondants)

Durée moyenne d'hospitalisation	T0 (N)	T12 (N)	Valeur de p
	2,2 jours (181)	1,7 jours (107)	0,238

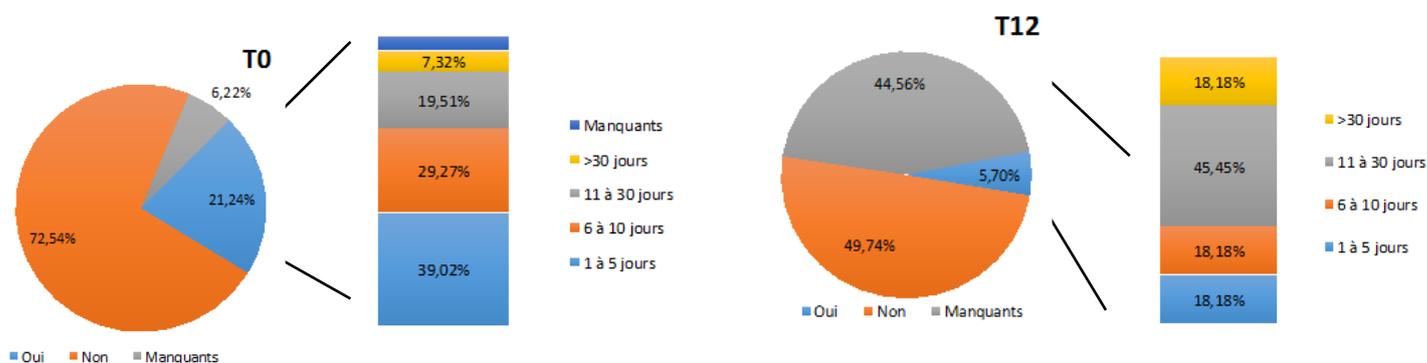


Figure 12 : Evolution du taux hospitalisation et de la durée d'hospitalisation de T0 à T12 (N=193)

Le recours à la consultation médicale pour avis médical d'un généraliste ou d'un spécialiste a également été évalué. Il est fréquent que les patients avec une douleur chronique soient amenés à multiplier les visites chez

tous types de praticiens pour compléter le diagnostic en diversifiant les avis médicaux, constituant un exemple de nomadisme médical. Une fois le plan de soins personnalisé établi à l'issue de la consultation d'orientation, le patient sera orienté vers les professionnels de santé du réseau formés et sensibilisés aux attentes, dans l'objectif d'exercer la meilleure prise en charge possible. De T0 à T12, le mode de distribution des données a révélé que « 3 médecins ou moins » était la réponse la plus fréquemment rapportée, avec un effectif associé à ce mode de 76 patients à T0 et 51 patients à T12. Globalement la tendance générale a montré une réduction du recours aux consultations pour la douleur, tous médecins confondus, entre l'avant et l'après réseau. Seule la proportion de patient déclarant consulter 7 médecins différents ou plus s'est vue significativement réduite entre T0 et T12 (15,03% vs 8,29%, $p=0,014$).

Tableau 19 : Evolution du nombre de consultations médicales entre T0 et T12

Nombre de médecins consultés pour la douleur	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Aucun	12 (6.22)	10 (5.18)	0,901
3 ou moins	76 (39.38)	51 (26.42)	0,144
Entre 4 et 6	58 (30.05)	27 (13.99)	0,646
Plus de 7	29 (15.03)	16 (8.29)	0,014*
Manquants (m)	18 (9.33)	89 (46.11)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

*Différence statistiquement significative

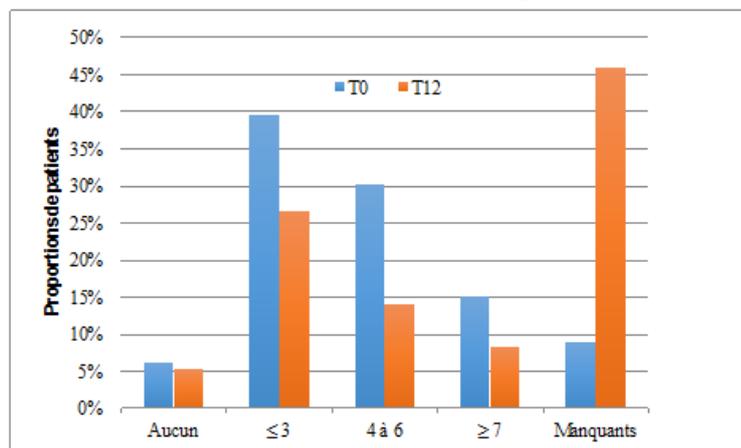


Figure 13 : Diagramme d'évolution du nombre de consultations médicales entre T0 et T12 (N=193)

Des séances de kinésithérapie sont souvent proposées aux patients avec une douleur chronique afin de les soulager et réduire la douleur localement. L'objectif de ces manipulations étant d'améliorer la mobilité des patients et contribuer à une meilleure qualité de vie par la gestion du stress, la modification des positions de travail ou encore délivrer des conseils pour la pratique des sports. En comparant T0 à T12, la proportion déclarant avoir effectué aucune séance était statistiquement supérieure à T0 par rapport à T12 (32,64% vs

12,44%, $p=0,047$) d'où une augmentation du nombre de patient bénéficiant de séances de réhabilitation fonctionnelle dans le cadre d'une prise en charge coordonnée.

Tableau 20 : Evolution du nombre de séances de kinésithérapie entre T0 et T12

Nombre de séances de kinésithérapie	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Aucun	63 (32.64)	24 (12.44)	0,047*
Moins de 10	22 (11.40)	15 (7.77)	0,865
Entre 10 et 30	36 (18.65)	29 (15.03)	0,942
Plus de 30	56 (29.02)	37 (19.17)	0,052
Manquants (m)	16 (8.29)	88 (45.60)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

**Différence statistiquement significative*

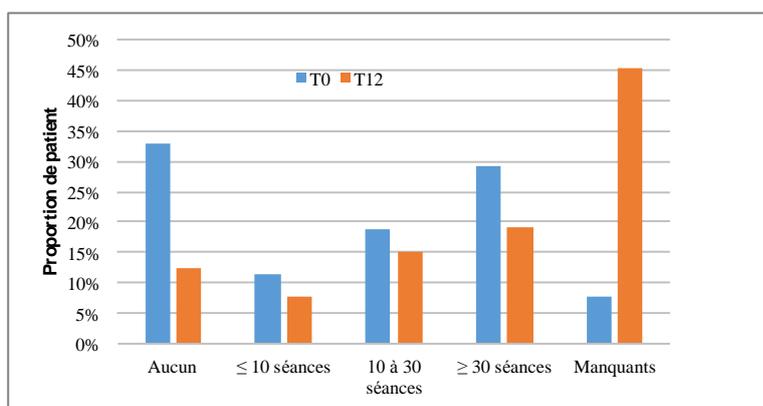


Figure 14 : Diagramme d'évolution du nombre de séances de kinésithérapie entre T0 et T12 (N=193)

La consommation de médicament représente une façon indirecte d'interpréter le comportement du patient. Une sur ou sous consommation traduit une mauvaise observance au traitement en raison de la diminution de l'efficacité, de la survenue d'effets indésirables ou d'une confusion dans les molécules. Toutefois ces comportements représentent un risque élevé d'iatrogénie. A ce titre, à T12 les patients ont semblé réduire le nombre de traitements contre la douleur. En considérant les médicaments à usage analgésique pur, c'est-à-dire les antalgiques de pallier I à III et Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens, moins de la moitié des patients ont déclaré consommer 4 médicaments différents ou plus pour la douleur à T12 (27,88% à T12 versus 58,55% à T0). Seule la proportion de patients déclarant consommer 7 médicaments distincts ou plus s'est vue significativement réduite en T0 et T12 (10,88% vs 16,06%, $p=0,032$).

Tableau 21 : Evolution du nombre de médicaments consommés pour la douleur entre T0 et T12

Nombre de médicaments consommés pour la douleur (antalgiques, AINS)	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Aucun	4 (2.07)	6 (3.11)	0,812
3 ou moins	57 (29.53)	47 (24.35)	0,360
Entre 4 et 6	82 (42.49)	33 (17.10)	0,104
Plus de 7	31 (16.06)	21 (10.88)	0,032*
Manquants	19 (9.84)	86 (44.56)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

**Différence statistiquement significative*

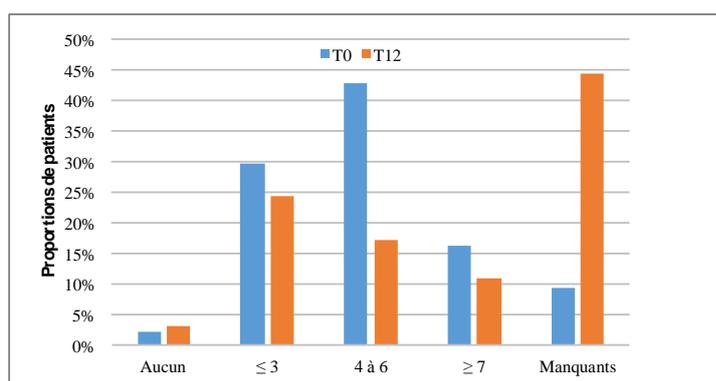


Figure 15 : Evolution du nombre de médicaments consommés pour la douleur entre T0 et T12 (N=193)

Dans une moindre mesure, concernant la consommation de traitement non spécifiques à la douleur (antidépresseurs, anxiolytiques, antiépileptiques, etc.), seule une réduction remarquable mais non significative a été observée pour la réponse « 3 médicaments associés ou moins » (29,53% à T12 vs 57,51% à T0).entre la période précédant et succédant l'adhésion au réseau.

Tableau 22 : Evolution du nombre de médicaments associés consommés pour la douleur entre T0 et T12

Autres médicaments consommés pour la douleur (anxiolytiques, antidépresseurs, antiépileptiques...)	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Aucun	33 (17.10)	19 (9.84)	0,072
3 ou moins	111 (57.51)	57 (29.53)	0,503
Entre 4 et 6	27 (13.99)	23 (11.92)	0,470
Plus de 7	7 (3.63)	6 (3.11)	0,078
Manquants	15 (7.77)	88 (45.60)	
Total	193 (100)	193 (100)	

**Différence statistiquement significative*

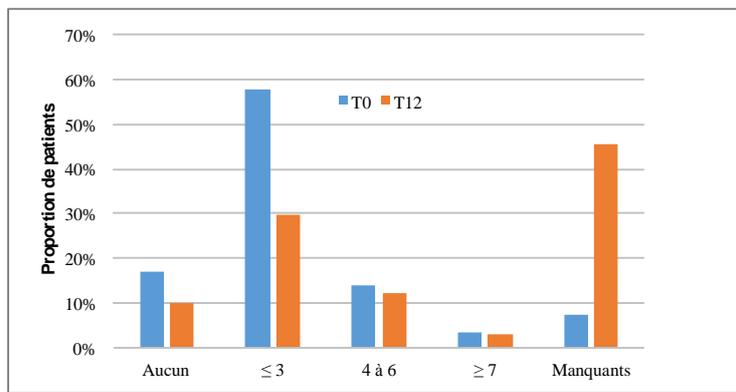


Figure 16 : Diagramme d'évolution du nombre de médicaments associés consommés pour la douleur entre T0 et T12 (N=193)

Par ailleurs, en multipliant les avis médicaux, les patients avec une douleur chronique se voient prescrire des examens complémentaires, souvent déjà réalisés par manque de concertation entre professionnels de santé, dans l'objectif d'identifier enfin les causes de ces douleurs. D'après les données recueillies dans le questionnaire T0, 8 patients sur 10 (80,31%) affirment avoir réalisés des examens complémentaires tels qu'un IRM, une radiographie ou un examen sanguin en plus des consultations médicales. A T12, ils étaient seulement 4 patients sur 10 (39,38%) ayant nécessité une exploration fonctionnelle ou un examen complémentaire supplémentaire.

Tableau 23 : Evolution du recours aux examens complémentaires entre T0 et T12

Examens	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Oui	155 (80.31)	76 (39.38)	0,284
Non	24 (12.44)	30 (15.54)	
Manquants	14 (7.25)	87 (45.08)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

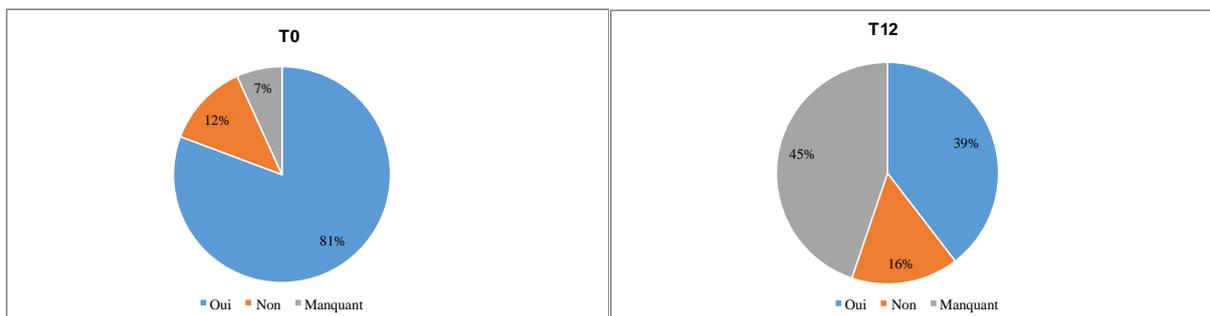


Figure 17 : Diagramme d'évolution du recours aux examens complémentaires entre T0 et T12 (N=193)

Pour finir, à T0, plus de la majorité des patients (52,33%) ont avoué s'être tourné vers la médecine alternative pour soulager leur douleur chronique. Après un an d'expérience au sein du réseau, les patients semblaient être significativement plus nombreux à ne pas s'être rendu chez l'hypnotiseur, le réflexologue ou encore l'acupuncteur (26,94% vs 39,90%, p=0,001).

Tableau 24 : Evolution du recours à la médecine alternative entre T0 et T12

Médecine alternative	T0 N (%)	T12 N (%)	Valeur de p
Oui	101 (52.33)	47 (24.35)	0,001*
Non	77 (39.90)	52 (26.94)	
Manquants	15 (7.77)	94 (48.70)	-
Total	193 (100)	193 (100)	-

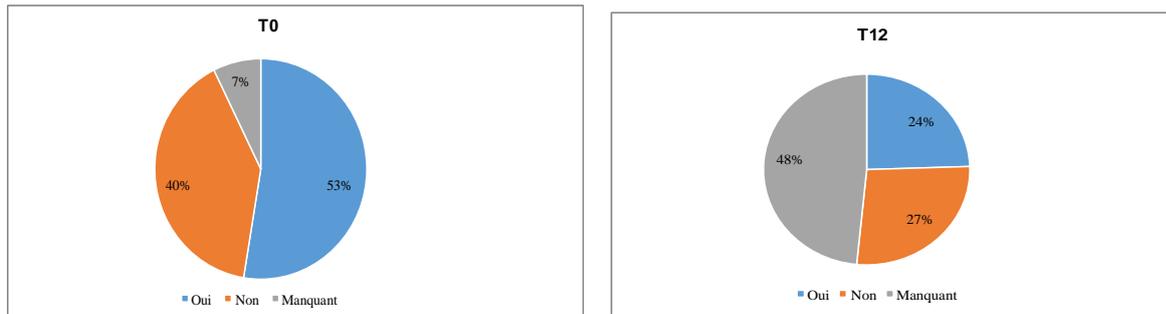


Figure 18 : Diagramme d'évolution du recours à la médecine alternative entre T0 et T12 (N=193)

1.3.3. Analyse économique comparative

Les résultats de l'évaluation économique sont présentés de deux façons. En considérant uniquement les patients répondants, le coût total moyen par patient sur un an est similaire (194,79 €, IC95% [-1 030,59 ; 641,01], $p=0,6448$) entre T12 et T0. Toutefois selon l'instruction 2012 de la DGOS⁴⁶, ce résultat global doit tenir compte du montant alloué par l'ARS Ile-de-France au réseau. Sur les deux années étudiées, le montant versé a été successivement de 391 500 € pour assurer la prise en charge d'une file active de 461 patients en 2011 et de 601 patients en 2012, soit un montant de 737 € par patient. Ainsi, en ajoutant le ratio coût FIR/patient au coût moyen par patient, la différence entre T0 et T12 apparaît statistiquement significative en défaveur du réseau (+931,78 € IC95% [95,99 ; 1 767,59], $p=0,0290$).

En considérant les coûts pris individuellement par poste de dépense, ce sont les hospitalisations et les arrêts de travail qui représentent les postes les plus coûteux. D'autre part, à l'exception des coûts relatifs aux séances de kinésithérapie, les coûts observés à T12 sont toujours inférieurs (différence non significative) à ceux de T0. Une différence statistiquement significative a été mise en évidence en faveur du réseau sur les coûts d'arrêt de travail (-1 165,52 €, IC95% [415,40 ; 1 915,64], $p=0,0025$). Aucune différence statistiquement significative n'a été mise en évidence entre T0 et T12 pour les autres postes de dépenses (Tableau 25).

Tableau 25 : Evolution des postes de dépense de consommation de soins patients (répondants)

Coût moyen par patient	T0 (N) Moyenne + EC Min-Max (€)	T12 (N) Moyenne + EC Min-Max (€)	Δ (différence) p
Hospitalisation	960,43 ± 181,25 € (181) 0 - 13 098,51	723,66 ± 240,33 € (108) 0 - 13 098,51	Δ= -236,78 0,4324
Consultations médicales	84,77 ± 3,72 € (175) 0 - 161	77,19 ± 4,93 € (104) 0 - 161	Δ= -7,59 0,2178
Séances de kinésithérapie	304,76 ± 19,63 € (177) 0 - 616,62	361,05 ± 23,82 € (105) 0 - 616,62	Δ= 56, 29 0,0728
Arrêts de travail	2 724,08 ± 293,16 € (64) 144,8 - 5 695,54	1 558,57 ± 241,93 € (93) 0 - 5 695,54	Δ= -1 165,52 0,0025*
TOTAL (coût moyen par patient par an)	2 289,61 ± 243,91 € (181) 0 - 19 326,62	2 484,40 ± 367,68 € (108) 0 - 19 571,67	Δ= 194,79 0,6468
TOTAL (coût moyen par patient par an + FIR)	2 289,61 ± 243,91 € (181) 0 - 19 326,62	3 221,39 ± 367,68 € (108) 737-20 308,67	Δ= 931,78 0,0290*

De plus, en considérant l'ensemble de l'échantillon de patients (Tableau 26) il a été observé une différence significative en faveur du réseau sur tous les postes de dépense hormis celui des arrêts de travail. Aucune différence significative sur le coût moyen total annuel par patient n'a été constatée que ce soit à T0 ou T12 (23,21 € - IC95% [-610,60 ; 657,03], $p=0,9426$). Toutefois ces résultats sont à interpréter avec une certaine réserve (risque de sous estimation) au vu du nombre de valeurs manquantes à T12 mais fera l'objet de critique dans la partie *Discussions*.

Tableau 26 : Evolution des postes de dépense de consommation de soins tout patients confondus

Coût moyen par patient	T0	T12	Δ (différence) p
	Moyenne \pm EC (N) Min - Max (€)	Moyenne \pm EC (N) Min - Max (€)	
Hospitalisation	890,76 \pm 170,87 € (193) 0 - 13 098,51	401,20 \pm 135,47 € (193) 0 - 13 098,51	$\Delta = -489,57$ 0,0253*
Consultations médicales	76,68 \pm 3,81 € (193) 0 - 161	41,59 \pm 3,84 € (193) 0 - 161	$\Delta = -35,27$ 0,000*
Séances de kinésithérapie	279,49 \pm 18,99 € (193) 0 - 616,62	196,43 \pm 18,20 € (193) 0 - 616,62	$\Delta = -83,07$ 0,0017*
Arrêts de travail	903,32 \pm 133,86 € (193) 0 - 5 695,54	751,02 \pm 129,13 € (193) 0 - 5 695,54	$\Delta = -152,30$ 0,4134
TOTAL (coût moyen par patient par an)	2 150,45 \pm 232,03 € (193) 1 692,80 - 2 608,09	1 390,23 \pm 223,79 € (193) 948,83 - 1 831,63	$\Delta = -760,21$ 0,0189*
TOTAL (coût moyen par patient par an + FIR)	2 150,45 \pm 232,03 € (193) 1 692,80 - 2 608,09	2 127,23 \pm 223,79 € (193) 737 - 20 208,67	$\Delta = -23,21$ 0,9426

1.3.4. Analyse complémentaire

En plus de l'analyse descriptive, une analyse complémentaire a été menée au vu du nombre important de données manquantes. Celle-ci avait pour objectif de mettre en évidence l'influence des caractéristiques initiales des patients sur le fait de ne pas répondre un an après au questionnaire afin d'expliquer le taux de valeurs manquantes observé pour l'ensemble des variables. Les variables prédictives sélectionnées étaient l'âge, le sexe, le statut marital (seul vs en couple), le niveau d'étude (étude de niveau supérieur vs absence d'étude supérieur), le régime d'assurance maladie (général vs autre), la pathologie initiale, le niveau de handicap, la situation professionnelle et la douleur ressentie au moment du recueil.

Tableau 27 : Régression logistique des valeurs manquantes à T12

Valeurs manquantes à T12	Coefficient	Ecart type	z	P> z	[IC 95%]
Caractéristiques démographiques					
Age	-0.0595485	.0180855	-3.29	0.001*	[-.0949954 ; -.0241015]
Sexe	-.48706	.4421329	-1.10	0.271	[-1.353625 ; .3795047]
Statut marital	.2920456	.1281273	-2.28	0.023	[-.5431705 ; -.0409207]
Niveau d'étude	.2264845	.2197355	-1.03	0.303	[-.6571581 ; .2041892]
Régime sociale	-.3165431	.1851757	-1.71	0.087	[-.6794808 ; .0463946]
Pathologie initiale					
Algodystrophie	14.62333	777.1911	0.02	0.985	[-1508.643 ; 1537.89]
Arthrose	13.62593	777.1915	0.02	0.986	[-1509.641 ; 1536.893]
Cancer	14.69142	777.1906	0.02	0.985	[-1508.574 ; 1537.957]
Céphalée/Migraine	14.90874	777.1906	0.02	0.985	[-1508.357 ; 1538.174]
Douleur neuropathique	12.99027	777.1907	0.02	0.987	[-1510.276 ; 1536.256]
Douleur musculaire	13.84657	777.1907	0.02	0.986	[-1509.419 ; 1537.112]
Fibromyalgie	14.33314	777.1907	0.02	0.985	[-1508.933 ; 1537.599]
Lombalgie/Sciatique	14.8544	777.1906	0.02	0.985	[-1508.411 ; 1538.12]
Douleurs diffuses	13.36995	777.1908	0.02	0.986	[-1509.896 ; 1536.636]
Niveau de handicap					
Aucun	Référence				
Léger	.5837909	1.204549	0.48	0.628	[-1.777082 ; 2.944664]
Moyen	.0412515	1.131563	0.04	0.971	[-2.176572 ; 2.259075]
Important	.6471877	1.070443	0.60	0.545	[-1.450842 ; 2.745217]
Très important	.6822236	1.199694	0.57	0.570	[-1.669134 ; 3.033581]
NR	1.045752	1.346147	0.78	0.437	[-1.592648 ; 3.684152]
Situation professionnelle					
En activité	Référence				
En arrêt	.368262	.5200716	0.71	0.479	[-.6510596 ; 1.387583]
Sans activité	1.635199	.5506475	2.97	0.003*	[.5559495 ; 2.714448]
NR					
Intensité de la douleur ressentie au moment présent					
Légère	Référence				
Modérée	-2.185036	1.335193	-1.64	0.102	[-4.801966 ; .4318932]
Intense	-3.351956	1.38711	-2.42	0.016*	[-6.070642 ; -.6332702]
NR	.7619135	.608098	1.25	0.210	[-.4299366 ; 1.953764]

NR : Non renseigné

Globalement, très peu de facteurs ont semblé expliquer de manière significative le fait d'observer une absence de réponse à T12. Seules les variables suivantes « âge », « situation professionnelle » et « intensité de la douleur au moment présent » ont démontrées avoir un impact significatif sur les valeurs manquantes. Cependant, la corrélation négative de l' « âge » (-0,06), et de l' « intensité de la douleur au moment présent » (-3,35) avec la probabilité de ne pas répondre à T12 tendraient à diminuer le risque de ne pas répondre un an après l'inclusion. Plus précisément, pour une augmentation de 1 an de l'âge d'un patient, soit par exemple de 54 à 55 ans, la probabilité de ne pas renseigner le questionnaire à T12 diminuerait de 0,06 points ($p=0,001$) et donc augmenterait le succès de renvoi de questionnaire complété. Les patients qui qualifiaient leur douleur d'intense par rapport à ceux la qualifiant de légère diminuerait de 3,3 point de probabilité ($p=0,003$) le fait de ne pas renvoyer le questionnaire T12.

Par opposition, les patients sans activité professionnelle à l'inclusion seraient plus susceptibles de ne pas renvoyer le questionnaire à T12 (+1,6 points de probabilité, $p=0,016$) par rapport à ceux exerçant un métier.

Au final, le fort taux de réponses manquantes observés à T12 atteignant près de 50% pour certaines réponses n'est pas apparu attribuable aux caractéristiques sociodémographiques initiales ni même à l'état de santé des

patients. Cette proportion de non répondant peut probablement s'expliquer par le recueil des informations entre T0 et T12 en lui-même (envoi postal du questionnaire complété).

1.3.5. Analyse médico-économique globale

Le tableau suivant reprend l'ensemble des résultats obtenus dans l'analyse intéressant les évaluateurs. D'un point de vue quantitatif, aucune différence significative n'a été mise en évidence entre les deux groupes de comparaison sur les critères médicaux (hospitalisation, durée d'hospitalisation). Néanmoins, il a été rapporté plus de séjours de courte durée (1 à 5 jours et 6 à 10 jours) à T12 qu'à T0. Sur les critères médicaux spécifiques à la douleur, une amélioration du handicap, de l'intensité de la douleur et de la qualité de vie a été constatée, engageant un différentiel de coût n'excédant pas 1 000 € lorsque le coût FIR/patient est pris en compte.

Pour réaliser la comparaison entre les réseaux de même thématique et mettre en avant les spécificités territoriales des résultats de l'évaluation médico-économique, l'instruction a prévu une cotation selon 3 niveaux distincts (R,C et ST) appelé « scoring » pour standardiser l'évaluation (méthodologie décrite en Annexe 9). Cette méthode vise à donner un score global standard représentatif des résultats de l'analyse comparative entre les cas (patients du réseau soit T12) et témoins (patients « hors-réseau » soit T0) permettant de comparer les réseaux entre eux.

Ce score prend en compte la significativité :

- des résultats sur les critères médicaux retenus « R »,
- du ratio de dépenses du coût moyen par patient « C » et
- du ratio mesurant l'impact sur la structure des dépenses de soins de ville/soins hospitalier «ST».

Tableau 28 : Résultats de l'analyse médico-économique

		T0 (N)	T12 (N)	p value	Score attribué	Score global
Critères médicaux	Part des patients n'ayant aucune journée d'hospitalisation	72,54% (140)	49,74% (96)	0,212	R= 0	
	Nombre moyen de journées d'hospitalisation – pour les patients ayant renseigné la question	2,2 jours (181)	1,7 jours (107)	0,238	R=0	
	Nombre moyen de journées d'hospitalisation – pour les patients hospitalisés	10,2 jours (39)	16,7 jours (11)	0,053	R=0	
Critères médicaux spécifiques	Handicap	Différences statiquement significatives en faveur du réseau sur les critères suivants : - handicap « Très important » - intensité de la douleur au moment présent « Absente », « Très intense » - intensité de la douleur la plus intense depuis 8 jours « Très intense » - impact de la douleur sur la qualité de vie « Humeur », « Marche », « Travail », « Relationnel », « Sommeil » et « Gout de vivre »			R=+1	R^(a) = +3
	Niveau de douleur				R=+1	
	Impact de la douleur sur la qualité de vie				R=+1	
Critères économiques	Dépenses de soins hospitaliers	960,43 € (179)	723,65 € (107)	0,4324	Ratio soins hospitalier = 1	ST^(b) niveau 2
	Dépenses de soins de ville				Ratio soins ambulatoire* = 1	
	• Consultations médicales	84,77 € (175)	77,19 € (104)	0,2178		
	• Séances de kinésithérapie	304,76 € (177)	361,05 € (105)	0,0728		
	• Arrêts de travail	2 724,09 € (64)	1 558,58 € (93)	0,0025*		
Coûts FIR/Patient	-	737 €	-			
	Coût TOTAL moyen par patient par an	2 289,61 € (181)	2 483,40 € (108)	0,5690		C^(c) > 1
	Coût TOTAL moyen par patient par an (FIR)	2 289,61 € (181)	3 221,40 € (108)	0,0290*	C > 1	

(a) somme des notes attribuées à chaque critère médical (-1= position significativement défavorable par rapport à T0; 0= pas de différence significative entre T12 et T0 ; +1= position significativement favorable par rapport à T12)

(b) Score d'impact sur la structure des dépenses de soins de ville/soins hospitaliers (voir le tableau de correspondance en Annexe 9)

(c) Ratio dépenses totales moyennes cas/témoin (<1= le coût moyen par patient est significativement inférieur à T12; 1= différence des coûts par patient entre T12 et T0 n'est pas significative ; >1= le coût moyen par patient est significativement supérieur à T12)

*Sur les 3 critères entrant en compte dans les dépenses de soins de ville, le parti a été pris de considérer qu'il n'y avait pas de différence significative entre T12 et T0 bien que la différence entre T12 et T0 soit significativement inférieur à T12 pour les arrêts de travail, les autres critères n'ont démontré de différence significative entre T12 et T0.

Au total, le score du réseau est de R=+3, C>1 ce qui révèlent une efficacité clinique significative en faveur du réseau engageant un surcoût moyen significatif par rapport à une prise en charge classique au regard des dépenses (y compris les coûts au titre du FIR). Ici le score ST obtenu est de niveau 2 ce qui signifie qu'aucune variation sur les dépenses de soins ambulatoires/hospitaliers n'est constatée. Idéalement il est souhaité pouvoir observer une diminution des dépenses hospitalières et une augmentation de niveau équivalent de dépenses de ville (niveau 3) voire idéalement une diminution des soins de ville (niveau 4) pour le score d'impact sur la

structure des dépenses de soins de ville/soins hospitaliers « ST ». Ces deux situations illustrent le transfert de dépenses de l'hôpital vers la ville.

1.4. Discussion

1.4.1. Bilan

L'analyse descriptive a démontré l'intérêt du réseau de santé en termes d'amélioration du handicap et de douleur ressentis au quotidien, mais aussi de qualité de vie, de nombre de séjours hospitaliers de courte durée, et de consommation de soins. Le recours à la kinésithérapie a été rapporté plus fréquemment, mais il faut préciser que ces consultations, encouragées par l'équipe coordinatrice et prescrites par le médecin traitant, contribuent à aider les patients à supporter leur douleur en leur réapprenant les gestes de la vie quotidienne jusqu'à reprendre confiance et regagner en autonomie.

Au regard des principaux résultats statistiquement significatifs observés, les conclusions de l'impact du réseau sur la prise en charge viseraient à améliorer l'état de santé des patients les plus fragiles et à normaliser les comportements excessifs (résultats significatifs sur les fourchettes de réponse extrêmes). Un net soulagement des patients admis avec une douleur insupportable et une rationalisation de la consommation de soins (visites médicales [15,03% vs 8,29%, $p=0,014$] ou médicaments contre la douleur [16,06% vs 10,88%, $p=0,032$]) a été rapporté. A cela, le recul du recours aux médecines alternatives constaté traduit la bonne volonté du réseau à orienter les patients vers des professionnels dont les pratiques ont déjà démontré leur niveau de preuve dans la littérature.

Les résultats de l'évaluation économique obtenus sont également encourageants. Compte tenu des résultats exposés dans l'analyse descriptive en terme de bénéfice clinique pour le patient ($R=+3$ - résultats sur les critères médicaux) et à la vue du montant global relatif aux dépenses de soins associées ($C>1$ - ratio des dépenses totales moyennes; +931,78 €, $p=0,0290$), le réseau de santé LCD justifie le service rendu aux patients. A noter que ce résultat comprend le coût FIR/patient (737 €) résultant du ratio montant FIR/file active. Précisons que le FIR annuel alloué ne sert pas que les patients. Ce montant est réinvesti auprès des professionnels de santé adhérents : formation continue sur la douleur et sa prise en charge - (DPC, ETP) organisée et animée par l'équipe coordinatrice sous forme de soirées thématiques et de RCP, service téléphonique d'assistance continue (respectivement 753 et 645 appels reçus de professionnels de santé en 2011 et 2012). Les retombées positives de ces démarches d'accompagnement sont difficilement mesurables et n'intéressent pas directement les évaluateurs. Toutefois dans le cadre de cette analyse, le coût FIR/patient représente un montant non négligeable sommé au coût total moyen par patient pour une prise en charge au sein du réseau.

Un résultat d'efficience ne doit pas être interprété isolément. Au contraire, au regard des stratégies de prise en charge disponibles pour les patients il s'agit d'apprécier les bénéfices correspondant aux moyens investis. Les limites de l'évaluation médico-économique résident dans la détermination de la frontière d'efficience et la capacité à payer. A savoir, à partir de quels gains pour les patients et au regard de quel montant acceptable pour les pouvoirs publics ces mesures sont-elles efficaces ?

Au total, l'approche médico-économique a montré des bénéfices cliniques en faveur du réseau sur les critères médicaux spécifiques (handicap, intensité de la douleur et qualité de vie) malgré un coût supérieur. A cela, les

patients se déclarent satisfaits de la prise en charge proposée par le réseau et reconnaissent une amélioration de la qualité de vie, et un soulagement de leur douleur. Ce constat est d'autant plus marqué à court terme lorsqu'à 6 mois (T6), 1 patient sur 4 (24,35%) estime une amélioration « importante » à « totale » de sa qualité de vie et un soulagement « important » à « total » dans un cas sur 5 (21,25%). De la même façon et dans la continuité des actions menées auprès des patients, 1 patient sur 2 (50,77%) avouait être « satisfait » voir « très satisfait » de la prise en charge de leur douleur. Cependant le service rendu au patient est fort probable quand on sait les difficultés et le mal-être que ces patients connaissent dans leurs vies personnelles, professionnelles et sociales et ce d'autant plus lorsque l'on considère les répercussions socio-économiques (arrêt maladie, chômage) associées. Les autres actions ont un effet sur les professionnels de santé et indirectement sur les aidants mais ne sont pas quantifiables.

1.4.2. Limites

Cependant, il faut interpréter ces résultats avec une certaine réserve car ils présentent des limites méthodologiques et de nombreux biais du fait d'approximations.

Premièrement, il s'agit de données déclaratives fournies par les patients et recueillies à l'inclusion (T0) et 1 an (T12) après l'inclusion. Sans remettre en cause la subjectivité des patients, ces données n'ont pas pu faire l'objet d'une vérification sur l'exactitude des propos recueillis. Pour ainsi dire, une surestimation du taux d'hospitalisation a probablement été constatée à T12 : si l'on considère la fréquence des profils poly-pathologiques au sein du réseau (25% des patients présentaient un terrain associé en 2013), il est fort probable que des séjours hospitaliers supplémentaires aient été comptabilisés alors que les admissions étaient motivées par les comorbidités et non par la douleur en elle-même. A cela, le choix du comparateur est largement critiquable. L'absence d'un groupe contrôle ne permet pas une mesure optimale des effets d'une prise en charge coordonnée sur les patients. La volonté initiale du réseau était bien de comparer une prise en charge coordonnée à une prise en charge classique comme le préconise aujourd'hui les instructions de la DGOS mais l'accès leur a été refusé. Par ailleurs, la période d'observation (12 mois) sur laquelle la comparaison a été réalisée n'est peut-être pas le meilleur horizon choisi pour valoriser les bénéfices et les coûts, puisque les recommandations préconisent une réévaluation de la douleur à 3 et 6 mois.

D'un point de vue pratique, le logiciel STATA a parfois fait apparaître des résultats incohérents sur la significativité statistique de différence de pourcentage. Les proportions de données manquantes (39,9% à 51,8% à T12) ont probablement impacté la robustesse des résultats (ex : intensité de la douleur sur les 8 derniers jours).

A ce titre, la régression logistique visant à expliquer les liens de causalité entre la probabilité de ne pas répondre à T12 et les caractéristiques initiales des patients a démontré que seul un individu sans activité par rapport à un patient actif, inséré professionnellement, augmentait le risque de ne pas répondre. L'hypothèse retenue pour justifier ce taux élevé de non répondant serait le mode de recueil des données à T12 matérialisé par l'envoi du questionnaire au domicile du patient et retourné dans un cas sur deux environ. Le taux de répondant pourrait certainement être amélioré en optant pour un circuit plus porteur que la voie postale, comme internet. Enfin, d'un point de vue statistique une approximation considérant les variables catégorielles

rapportées par l'échelle numérique comme des variables continues a été réalisée dans l'interprétation du QCD (Questionnaire Concis sur les Douleurs – Version courte) pour en faciliter l'analyse.

Dans la présente étude, la disparité de prévalence des douleurs entre les hommes et les femmes et l'âge de survenue des douleurs est proche des chiffres systématiquement retrouvées dans la littérature¹³. Aussi comme pour les patients de l'échantillon, les pathologies en cause des douleurs chroniques rebelles les plus fréquemment rapportées en consultations sont les céphalées et migraines, les lombalgies et les troubles musculo-squelettiques. Concernant le profil psychologique des patients du réseau, l'anxiété et la dépression sont des complications liées à la douleur fréquemment rapportés dans les études²³. Toutefois, alors que la majorité des patients de l'étude disposent d'un niveau de formation d'études supérieures, il existe des publications ayant démontré une corrélation inverse entre la survenue des douleurs et le niveau de formation^{48,49}. Au total, la population de l'étude est comparable et représentative de la population de patients présentant des douleurs chroniques en France.

1.4.3. Pistes d'amélioration et perspectives

L'avenir de la médico-économie et l'importance grandissante de cette discipline pour les produits de santé et les programmes de santé nous pousse à imaginer des pistes d'amélioration pour pérenniser le processus d'évaluation en interne du réseau LCD.

Déjà soucieuse d'améliorer le suivi des patients, en septembre 2013, l'équipe du réseau s'est agrandie pour accueillir en son sein une infirmière à temps plein. Elle intervient et accompagne le médecin coordinateur dans ses actions de coordination et renforce le suivi médico-économique des patients par relances téléphoniques (taux de valeurs manquantes en régression : T6 : 21 % ; T12 : 37 %).

Ensemble, les membres du réseau LCD ont soulevé plusieurs pistes d'amélioration et implémenté les modifications dès l'année 2014 ou 2015:

- renseigner et identifier les poly-pathologies associées à la douleur lors de l'inclusion (2014)
- supprimer le choix de réponse « *Moyen* » car lorsque 5 choix de réponse s'offrent aux patients, la solution de facilité pour un patient indécis ou pressé est de cocher la réponse centrale qui biaise le résultat sans véhiculer de réelle information sur le niveau de satisfaction des patients, ou de soulagement des douleurs (2014)
- quantifier le nombre d'examen complémentaire réalisés (2015)

Ma contribution à l'amélioration du questionnaire a principalement reposé sur la reformulation de questions (Annexe 8) dans l'objectif de collecter des données pertinentes pour juger de l'efficacité du réseau. Les suggestions ont été soumises en vue de faciliter l'analyse tout en privilégiant les indicateurs quantitatifs,

48 Yunus MB. Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. *JGend Specif Med* 2002;5:42–7

49 Sturm R, Geresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. *BMJ* 2002;324:1–5

simples à recueillir et à exploiter. Aussi, l'idée de procéder à une méthode de collection de données identiques à T0 et T12 (questionnaire complété en binôme médecin coordonnateur/patient) a été proposée car ce changement présenterait deux intérêts majeurs d'un point de vue méthodologique : supprimer le biais sur les méthodes de recueil entre T0 et T12, et limiter la proportion de patients de non répondant à T12.

En complément des modifications de fond, une proposition d'amélioration de la forme du questionnaire pourrait également être envisagée : revoir la présentation et la lisibilité des questions, ajouter des précisions aux questions jugées mal comprises ou repenser la chronologie des questions.

Conclusion et perspectives

La prise en charge des douleurs chroniques représente un besoin de santé publique. Du fait du vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques tend sensiblement à augmenter dans les prochaines décennies. La prise en charge de ces pathologies nécessite un suivi régulier et rigoureux pour prévenir la survenue des complications. Les coûts directs (consultations, explorations diagnostiques...) et indirects (arrêts de travail) associés à la prise en charge des douleurs chroniques entrent en considération dans les dépenses de l'assurance maladie.

En tant que précurseur, le réseau LCD a considéré l'efficacité comme une priorité en mettant en place une démarche d'évaluation continue pour mesurer l'impact médico-économique des actions qu'il entreprend auprès des patients. L'évaluation actuelle repose sur la présentation aux autorités d'indicateurs de performance annuelle. La pertinence de critères actuels d'évaluation (score de qualité, bilan comptable, rapport d'activité) ne satisfait plus les financeurs publics qui tendent à considérer l'approche médico-économique comme un outil d'aide à la décision incontournable.

Les résultats de l'analyse menée dans le cadre de cette thèse ont démontré que l'impact médico-économique du réseau LCD s'observe sur plusieurs points : une amélioration de la qualité de vie, une réduction de la durée d'arrêts de travail et une diminution de la consommation de soins (baisse du nombre de médecins consultés et à la médecine alternative, baisse de la consommation de médicaments pour la douleur). La valeur ajoutée du réseau (critère médicaux $R=+3$; ratio des dépenses totales moyenne - FIR inclus - $C>1$; impact sur la structure des dépenses ville/hôpital ST de niveau 2) a été démontrée et ces résultats doivent encourager l'équipe coordinatrice à conserver cette dynamique. La poursuite de cette étude devrait confirmer ces résultats sur des critères encore plus pertinents pour les autorités de santé.

Ces résultats mettent en exergue la volonté du réseau LCD d'évoluer avec le système de santé français. Reconnue d'intérêt général en 2012, l'AVH-LCD a rapporté un des meilleurs scores de qualité (ISQ score) pour la région Ile-de-France pour lequel la performance du réseau et la qualité de ses interventions a été soulignée. La stabilité dans l'atteinte de ces objectifs et l'augmentation régulière de la file active du réseau, témoigne du besoin réel de santé publique. Ces résultats encouragent le développement de l'activité du réseau et mettent en évidence une utilisation rationnée et optimisée des financements qui lui sont accordés. Les bénéfices médico-économiques du réseau LCD constituent une plus-value pour les patients et l'assurance maladie. Toutefois, le manque de visibilité politique et économique ainsi que la volonté des ARS d'optimiser l'allocation aux ressources laisse à penser que les réseaux seront amenés à repenser leurs organisations (mutualisation des moyens et des compétences, création de plateformes multithématiques...).

L'évaluation médico-économique est à ses débuts. Les résultats exposés dans le rapport présent sont spécifiques au réseau LCD. Ils présentent des limites mais soulignent également la difficulté à homogénéiser la méthode et la complexité à quantifier la valeur ajoutée d'un réseau de santé. La méthodologie et la terminologie de l'évaluation médico-économique (schéma d'étude, appariement des patients, fréquence et champs des évaluations, significativité des résultats, cas des réseaux poly-thématiques...) ont déjà fait l'objet

de suggestions et de pistes de réflexions pour faciliter l'implémentation de cette nouvelle démarche d'évaluation⁵⁰.

Cette analyse constitue un exemple type de démarche d'évaluation médico-économique qu'il est souhaitable de voir se développer dans les années à venir. Ce seront les expériences conjointes au travers les régions et les pathologies couvertes qui contribueront à améliorer la méthode. Pour exemple, l'ARS Bretagne s'était engagée à évaluer prioritairement les réseaux de santé sur le diabète à la suite de la publication de circulaire DHOS/O3/CNAM du 2 mars 2007⁵¹. Les résultats de cette démarche d'évaluation médico-économique sont parus dans le rapport de l'IGAS sur l'évaluation médico-économique publié début 2015. Les premières difficultés et limites de ces travaux ont déjà été soulevées (fragilité de la méthodologie et effectifs limités). La plus-value du dispositif de prise en charge coordonnée n'a pas été démontrée et cette évaluation n'a pas permis de conclure sur le ratio coût-efficacité des cinq réseaux de santé bretons sur le diabète. Toutefois, les tutelles sont formelles, ces résultats ne doivent pas pour autant remettre en cause l'existence des réseaux. Par là même, l'ARS Bretagne a décidé de poursuivre le financement de ces entités mais affirme s'être appuyée sur ces résultats pour la renégociation du CPOM (Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens).

Il apparaît clair que la prise de décision doit désormais s'appuyer sur des résultats médico-économiques pour faciliter la maîtrise des dépenses et l'optimisation de l'allocation des ressources de notre système de santé.

Une place plus importante aux études médico-économiques devrait donc être accordée dans les prises de décision des ARS⁵², rendue possible en mettant à disposition des outils nécessaires pour son implémentation (création d'une cellule d'appui méthodologique par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DREES) pour contribuer à l'amélioration l'organisation des soins de notre système de santé.

50 UNRS – Analyse critique de la méthode d'évaluation médico-économique – 2012 – Disponible sur http://www.unrsante.fr/web_documents/unrsant__analyse_critique_de_la_m_thode_d__valuation_m_dico-_conomique_des_r_seaux_de_sant_.pdf - Consulté le 25 janvier 2015

51 DGOS - Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM Disponible en ligne sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm> - Consulté le 25 janvier 2015

52 IGAS – Evaluation médico-économique en santé - Partie IV – Place de l'évaluation médico-économique dans la prise de décision des ARS – Décembre 2014 – Disponible en ligne sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-066R_-_Rapport_DEF.pdf - Consulté le 01 mai 2015

Bibliographie

1. F. Bourreau . L'évaluation du patient douloureux chronique. - Bulletin d'Éducation du Patient – (2001) - 10(2): pages 5-10.
2. Huas D et. al. Prévalence et prise en charge de la douleur en médecine générale. Douleurs. 2001 juin;2(3):149-54.
3. ANAES – Evaluation et suivi de la douleur chronique chez l'adulte en médecine ambulatoire – Février 1999 – Disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/douleur1.pdf> : - Consulté le 10 novembre 2014
4. ARS Ile-de-France – Chiffres 2014 – Département Appui à la Coordination des Réseaux de santé (ACORS)
5. Guide méthodologique : améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_reseaux_de_sante-2.pdf - Consulté le 10 novembre 2014
6. Merskey H, Bogduk N. - IASP -Classification of chronic pain - Descriptions of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. Force on taxonomy of the international association for the study of pain. – 1994
7. Kaplun – World Health Organization - A new understanding chronic pain - Health promotion and chronic illness. Discovering a new quality of health. Copenhagen: WHO Regional Publications (1992) - ;141-226
8. Yves L. et al.- Chapitre 3 : Sémiologie de la douleur : Evaluation et suivi d'une douleur chronique – En ligne sur http://www.medecine.ups-tlse.fr/DCEM2/module6/arielle/chapitre_03.pdf - Consulté le 9 décembre 2014
9. D. Le Bars et. al.- Physiologie de la douleur - EMC-Anesthésie Réanimation 1 (2004) 227–266
10. F. Guirimand et. al.– Physiologie de la nociception – Ann Fr Anesth Réanim- 1996 ;15 :1048-1079
11. D. Bouhassira et. al. – Les douleurs neuropathiques - Chapitre 2 : Mécanismes physiopathologiques des douleurs neuropathiques périphériques – Institut UPSA – En ligne sur <http://www.institut-upsa-douleur.org/Media/Default/Documents/IUDTHEQUE/OUVRAGES/Dn/institut-upsa-ouvrage-douleur-neuropathiques.pdf> - Consulté le 12 octobre 2014
12. D. Bouhassira et al. Prevalence of chronic pain with neuropathic characteristics in the general population. Pain (2008) 136:380–7
13. A. Eschalié et. al. - Prévalence et caractéristiques de la douleur et des patients douloureux en France : résultats de l'étude épidémiologique National Health and Wellness Survey réalisée auprès de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 4–15
14. Enquête CSA pour Sanofi sur « Les Français et la douleur » réalisée en septembre 2014 auprès de 2006 personnes âgées de 18 à 60 ans.
15. Boureau et al - Douleurs aiguës, douleurs chroniques, soins palliatifs - Med-line Editions 2006
16. H.Breivik et al - Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life and treatment - European Journal of pain 10 (2006) 287-333.
17. Code de Déontologie médicale – Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 publiée au JORF du 5 mars 2002 relative aux droits des malades et de la qualité des systèmes de soins - Article L1110-5
18. Circulaire N°98-586 du 22 septembre 1998 relative à la mise en œuvre du plan d'action triennal de lutte contre la douleur dans les établissements de santé publics et privés – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_DGS_DH_98_586_240998.pdf - Consulté le 15 novembre 2014
19. Programme de lutte contre la douleur 2002-2005 - Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_lutte_douleur_2002-05.pdf - Consulté le 15 novembre 2014

20. Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2008 – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf - Consulté le 15 novembre 2014
21. HCSP- Rapport : Evaluation du plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006—2010 – Mars 2011
22. Avis de projet sur le projet de programme national douleur (2013-2017) – Disponible en ligne sur : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_proj_prog_douleur_1709_env_av_260913_rel_jol.pdf - Consulté le 6 novembre 2014
23. Ministère de la Santé et des Solidarités. Plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. 2007—2011. Paris (2007)
24. Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté par l'assemblée nationale en première lecture.- Disponible sur <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0505.asp> - Consulté le 20 mai 2015
25. G. Mick - Impact sociétal de la douleur en France : résultats de l'enquête épidémiologique National Health and Wellness Survey auprès de plus de 15 000 personnes adultes - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 57—66
26. PainSTORY (Pain Study Tracking Ongoing Responses for a Year). Septembre 2009 - Témoignage de patients douloureux - Résultat France - Disponible sur <http://www.painstory.org/fr/resultats-france> - Consulté le 9 décembre 2014
27. A. O'Reilly - La dépression et l'anxiété dans la douleur chronique : une revue de travaux - Journal de thérapie comportementale et cognitive (2011) 21, 126—131
28. Lanteri-Minet M. ECONEP : évaluation du coût lié à la prise en charge des patients présentant des douleurs neuropathiques. Société française d'étude et de traitement de la douleur, 6e Congrès, Nantes 17 novembre 2006
29. CNAMTS – Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - L'analyse des dépenses d'assurance maladie en 2012 - Disponible en ligne sur : http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/cnamts_rapport_charges_produits_2015.pdf _ Consulté le 25 avril 2015
30. HAS - Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient (Argumentaire) – Décembre 2008
31. V. Morel et. al. - Prise en charge de la douleur, soyons simple mais efficace - Revue de Pneumologie clinique (2008) 64, 50—61
32. ANSM. Analyse des ventes de médicaments en France en 2013. Juin 2014. Disponible sur http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3df7b99f8f4c9ee634a6a9b094624341.pdf consulté le 12 avril 2014
33. V. Martinez et. al. - Les douleurs neuropathiques chroniques: diagnostic, évaluation et traitement en médecine ambulatoire. Recommandations pour la pratique clinique de la Société française d'étude et de traitement de la douleur - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2010)11, 3—21SFETD/SFAR -
34. (SFAR-SFEDT)- 2013 - Disponible en ligne sur : http://www.sfetd-douleur.org/sites/default/files/u3/cahier_sfetd_n2_rfe_alr.pdf - Consulté le 24 février 2015
35. I. Nègre - Méthodes non médicamenteuses: compréhension actuelle des mécanismes d'action - Douleurs Évaluation - Diagnostic - Traitement (2013) 14, 111—118
36. F. Beroud – Thérapies à médiation corporelle et douleur - Douleurs Évaluation-Diagnostic Traitement (2014) 15,33—38
37. JL. Béal.- Approche non médicamenteuse de la douleur chronique – Unité de Soins Palliatifs – Dijon – Disponible en ligne sur http://www.usp-lamirandiere.com/tt_non_med.htm - Consulté le 20 octobre 2014
38. V. Gastella et.al. - Traitements non médicamenteux de la douleur neuropathique - Presse Med. 2008; 37: 354–357

39. Manchikanti L, et al. American Society of Interventional Pain Physicians (ASIPP) guidelines for responsible opioid prescribing in chronic non-cancer pain: Part I-Evidence assessment.- Part II Guidance Pain Physician 2012; 15:S1-S66; S67-116.
40. Chou R, et al. Clinical Guidelines for the Use of Chronic Opioid Therapy in Chronic Noncancer Pain. The Journal of Pain 2009;10: 113-130
41. The British Pain Society's. Opioids for persistent pain: good practice. January 2010.
42. Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 1: general population. Can Fam Physician 2011;57:1257-66, e407-18.
43. Kahan M, et al. National Opioid Use Guideline Group. Canadian guideline for safe and effective use of opioids for chronic noncancer pain: clinical summary for family physicians. Part 2: special populations. Can Fam Physician 2011;57:1269-76, e419-28.
44. Rapport d'activité AVHLCD 2013
45. Réseau LCD – Ce que le réseau peut vous apporter – En ligne <http://www.reseau-lcd.org/professionnel-de-sante-avantages-du-reseau.htm> - Consulté le 5 décembre 2014
46. Instruction DGOS/PF3/CNAM n°2012-393 du 21 novembre 2012 relative à la mise en œuvre d'une méthode d'évaluation médico-économique des réseaux de santé
47. Cour des Comptes – Les arrêts de travail et les indemnités journalières versées au titre de la maladie – Juillet 2012
48. Yunus MB. Gender differences in fibromyalgia and other related syndromes. J Gend Specif Med 2002;5:42–7
49. Sturm R, Geresenz CR. Relations of income inequality and family income to chronic medical conditions and mental health disorders: national survey. BMJ 2002;324:1–5
50. UNRS – Analyse critique de la méthode d'évaluation médico-économique – 2012 – Disponible sur http://www.unrsante.fr/web_documents/unrsant_analyse_critique_de_la_methode_d_evaluation_medicoeconomique_des_reseaux_de_sant_.pdf - Consulté le 25 janvier 2015
51. DGOS - Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM Disponible en ligne sur : <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040067.htm> - Consulté le 25 janvier 2015
52. IGAS – Evaluation médico-économique en santé - Partie IV – Place de l'évaluation médico-économique dans la prise de décision des ARS – Décembre 2014 – Disponible en ligne sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2014-066R_-_Rapport_DEF.pdf - Consulté le 01 mai 2015

Ancienneté de la douleur

Mode de début

- circonstances exactes (maladie, traumatisme, accident de travail...)
- description de la douleur initiale
- modalités de prise en charge immédiate
- événements de vie concomitants
- diagnostic initial, explications données
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Profil évolutif du syndrome douloureux

- comment s'est installé l'état douloureux persistant à partir de la douleur initiale
- profil évolutif : (douleur permanente, récurrente, intermittente...)
- degré du retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)

Traitements effectués et actuels

- traitements médicamenteux et non médicamenteux antérieurs, actuels
- modes d'administration des médicaments, doses, durées
- effets bénéfiques partiels, effets indésirables, raisons d'abandon
- attitudes vis-à-vis des traitements

Antécédents et pathologies associées

- familiaux
- personnels (médicaux, obstétricaux, chirurgicaux et psychiatriques) et leur évolutivité
- expériences douloureuses antérieures

Description de la douleur actuelle

- topographie
- type de sensation (brûlure, décharge électrique...)
- intensité
- retentissement (anxiété, dépression, troubles du sommeil, incapacités fonctionnelle et professionnelle...)
- facteurs d'aggravation et de soulagement de la douleur

Contextes familial, psychosocial, médico-légal et incidences

- situation familiale
- situation sociale
- statut professionnel et satisfaction au travail
- indemnités perçues, attendues ; implications financières
- procédures

Facteurs cognitifs

- représentation de la maladie (peur d'une maladie évolutive...)
- interprétation des avis médicaux

Facteurs comportementaux

- attitude vis-à-vis de la maladie (passivité...)
- modalités de prise des médicaments
- observance des prescriptions

Analyse de la demande

- attentes du patient (faisabilité, reformulation)
- objectifs partagés entre le patient et le médecin



DIRECTION GÉNÉRALE DES FINANCES PUBLIQUES

DIRECTION REGIONALE DES FINANCES PUBLIQUES
D'ILE DE FRANCE ET DU DEPARTEMENT DE PARIS
POLE GESTION FISCALE PARIS NORD-EST
Division du Contentieux des Professionnels
Correspondant Association
5, rue de Londres
75315 PARIS CEDEX 09

Paris, le 15 mai 2013

POUR NOUS JOINDRE

Réf. : Rescrit N°PE- 2012 / 72 (L 80 C du LPF)
Affaire suivie par : Maryse THIRJON
Tél. : 01.56.35.95.44
Fax : 01.56.35.94.69

Madame Véronique BLANCHET
Présidente de l'association V H L C D
VILLE HOPITAL LUTTER CONTRE LA DOULEUR
Hôpital Saint Antoine - CETD
35, rue de Crémieux
75012 Paris

L A R

Objet : Rescrit fiscal –article L 80CB du Livre des Procédures Fiscales –2^{ème} demande de l'association VILLE HOPITAL LUTTER CONTRE LA DOULEUR

Références : Délibération du collège en date du 22/04/2013.

Madame,

Par courrier du 24 août 2012, vous avez sollicité pour le compte de l'association que vous représentez, un second examen de votre demande initiale conformément à l'article L 80CB du Livre des Procédures Fiscales (LPF).

Le collège prévu à l'alinéa 3 de l'article L 80 CB du LPF, s'est réuni le 22 avril 2013 pour procéder à ce second examen.

La présente réponse est conforme à la délibération dudit collège.

Le réseau associatif Ville Hôpital Lutter Contre la Douleur (AVHLCD) est un regroupement de professionnels de santé de disciplines variées (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, psychologues, kinésithérapeutes, infirmières ...) et des centres d'évaluation et de traitement de la douleur (CETD) de Paris.

L'association mène de nombreuses actions afin de :

- 1- améliorer la prise en charge des patients atteints de douleurs chroniques quelle que soit son origine (douleurs cancéreuses, céphalées, lombalgies, migraines, douleurs neuropathique, douleurs diffuses, fibromyalgie ...) grâce à la constitution d'un réseau coordonné de professionnels de santé exerçant en libéral et à l'hôpital ;
- 2- favoriser le développement des méthodes d'étude de la douleur ;
- 3- favoriser l'enseignement et la diffusion de toutes notions concernant l'évaluation de la douleur et ses traitements.

Elle estime, en effet, entrer dans le champ d'application du mécénat à raison de son caractère social car l'objectif principal de l'association VH LCD est d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique quelle que soit l'origine (lombalgie, céphalées, migraines, fibromyalgie, douleurs cancéreuses et neuropathiques..) ou risquant d'évoluer vers la chronicité, par la mise en place d'un réseau de professionnels de santé.

Les articles 200 et 238 bis du CGI fixent les conditions permettant la délivrance de reçus fiscaux au profit des donateurs afin qu'ils puissent bénéficier d'une réduction d'impôt.

Pour être éligible aux mesures en faveur du mécénat, l'organisme doit répondre au caractère d'intérêt général et exercer son activité dans un des domaines prévus par la loi.

La condition d'intérêt général implique que l'activité de l'œuvre ou de l'organisme soit exercée en France, qu'elle ne soit pas lucrative et que sa gestion soit désintéressée au sens du BOI-IS-CHAMP-10-50-10-20-20120912. En outre, l'organisme ne doit pas fonctionner au profit d'un nombre restreint de personnes.

De plus, l'activité doit, sauf exceptions prévues, être exercée en France.

Enfin, le bénéfice de la réduction d'impôt n'est accordé qu'à la condition que le versement procède d'une intention libérale, c'est à dire qu'il soit consenti à titre gratuit sans contrepartie directe ou indirecte au profit des personnes qui les effectuent

Aux termes de l'article 200-1-b et de l'article 238 bis -1-a du CGI, ouvrent droit à réduction d'impôt, les dons effectués au profit d'œuvres ou d'organismes d'intérêt général ayant, notamment, un caractère social.

Au cas particulier, la condition relative à l'intérêt général a été admise par la Direction Régionale des Finances Publiques d'Île-de-France et du département de Paris.

Toutefois, s'agissant de la gestion, bien que l'article 8 des statuts prévoit la gratuité des soins, la rédaction des statuts ne permet pas de s'assurer que la dévolution de l'actif net sera faite conformément aux termes de l'article 261-7-1^{er}-d du CGI. Aussi, l'article 14 des statuts devrait être davantage précisé.

S'agissant du caractère de l'activité, seul le caractère social des activités déployées sera apprécié ci-après.

A cet égard, la doctrine administrative indique que peuvent être qualifiés comme présentant un caractère social, les œuvres ou organismes qui concourent à la protection de la santé publique sur le plan de la prophylaxie ou de la thérapeutique. De manière plus générale, le caractère social se définit par une action dont l'objet est de venir en aide à des personnes en situation de difficultés du fait de la réalisation d'un risque social (chômage, pauvreté, vieillesse, exclusion ...) ou non (maladie).

L'AVHLCD vient en aide aux personnes ayant des maladies complexes (cancer, fibromyalgie, migraine, arthrose ...) principalement caractérisées par une douleur chronique et placées du fait de leur maladie en situation de difficultés.

Certes, l'AVHLCD n'intervient pas directement dans la délivrance des soins. Cependant, par une prise en charge globale et coordonnée, l'association favorise la délivrance de soins adaptés en orientant le patient vers les praticiens ou les structures pertinentes, étant précisé que tous les soins, même ceux qui sont hors nomenclature et non remboursés, sont offerts aux malades.

Son objectif est d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de douleur chronique ou risquant d'évoluer vers la chronicité. Le malade est ainsi orienté vers le mode de prise en charge le plus approprié tout en garantissant la continuité des soins. Chaque patient fait l'objet d'un dossier médical.

Dans ce cadre, l'association vise plus précisément à :

- aider les patients à comprendre la nature de leur douleur (brochures, support d'apprentissage à la relaxation ...)
- les aider à accepter la réalité de leur douleur ;
- les aider à adhérer aux traitements prescrits (mise en place de groupes de relaxation, gestion du stress, mise en place de l'éducation thérapeutique du patient agréée par l'ARS) ;
- leur proposer une aide au projet de ressocialisation et au maintien dans l'emploi.

L'association dispose, pour ce faire, d'un réseau pluridisciplinaire (psychologues, kinésithérapeutes, infirmiers, spécialistes ...) compétent. Son action vise donc notamment à assurer l'accompagnement de ces professionnels de la santé par une sensibilisation et une formation à la douleur et aux outils de lutte contre cette douleur. L'objectif est le développement et l'appropriation par les professionnels de santé de nouvelles méthodes thérapeutiques recommandées ou ayant un haut degré de preuve dans la littérature.

Elle propose ainsi aux professionnels de santé :

- un recours à une assistance téléphonique pour la gestion des besoins en termes de douleur, une consultation rapide d'orientation d'évaluation et de diagnostic éducatif par la coordination, un avis médical expert sur la douleur chronique, une consultation pluridisciplinaire en ville ou à l'hôpital, une orientation vers un paramédical (kinésithérapeute, infirmière) ou psychologue ayant reçu une formation sur la douleur, un ou des ateliers d'éducation thérapeutique ;
- une aide dans la démarche médicale grâce à des formations régulières, des réunions mensuelles de concertation pluridisciplinaire, des adresses de correspondants médicaux et paramédicaux motivés et formés dans le domaine de la douleur, des protocoles communs et validés par un comité médical, des outils d'évaluation validés, l'acquisition de points EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles) ou d'un agrément HAS (Haute Autorité de Santé) depuis 2007, un site d'autoformation ;
- un gain de temps grâce à une orientation des patients douloureux chroniques avec une prise en charge adaptée, des hospitalisations programmées dans les services adéquats (sevrage pour abus médicamenteux), un accès facilité aux réseaux de santé existants, une coordination médicale pour faciliter les démarches administratives et la résolution de problèmes spécifiques.

En d'autres termes, l'association se fixe donc comme objectif d'améliorer la santé du patient et sa qualité de vie ainsi que celle de ses proches. En contrepartie, elle dispose du financement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Par l'identification des facteurs de la douleur, la recherche des outils de lutte contre la douleur, la formation du personnel médical et la sensibilisation des patients, l'association vise à permettre une prise en charge globale coordonnée et pertinente des personnes malades. Elle cherche également à améliorer la connaissance des difficultés afin de réduire la survenue ou la récurrence d'épisodes douloureux et ainsi d'assurer la poursuite des activités habituelles des patients.

Au titre de ses activités, l'AVHLCD a été évaluée par l'ARS et obtenu l'un des meilleurs scores « Qualité » d'Île-de-France : excellente gestion, actions pertinentes et dynamiques, parcours coordonné du patient et procédures clairement définies, partenariat varié et solide avec les professionnels de santé et les institutions.

En définitive, par la définition d'une politique globale de prise en charge des personnes souffrant de douleurs chroniques, l'AVHLCD peut être considérée comme un organisme revêtant un caractère social au sens des articles 200-1-b et 238 bis-1-a du CGI car venant en aide à des personnes en situation de difficultés du fait de leur maladie complexe et chronique.

Les professionnels prestataires du réseau de santé pratiquent par ailleurs des tarifs adaptés aux niveaux de vie d'un public peu aisé ou en difficulté financière.

Sous réserve, des précisions à apporter à l'article 14 de ses statuts, l'association AVHLCD peut donc délivrer des reçus fiscaux en contrepartie des dons effectués à son profit, étant rappelé que le bénéfice de la réduction d'impôt n'est accordé qu'à la condition que :

- le versement procède d'une intention libérale, c'est-à-dire qu'il soit consenti à titre gratuit, sans contrepartie directe ou indirecte au profit de la personne qui l'effectue ;
- l'activité de l'association ne conduise pas à établir des liens d'intérêts avec un ou plusieurs praticiens ou partenaires intervenants.

J'attire cependant votre attention sur le fait que la délivrance de reçus fiscaux en contradiction avec les principes énoncés ci-dessus est susceptible de donner lieu, en application des dispositions de l'article 1740 A du code général des impôts, à une amende fiscale égale à 25% des sommes indûment mentionnés sur ces documents.

Restant à votre disposition, je vous prie d'agréer, Madame, l'expression de ma considération distinguée.

Le correspondant association



Dominique SERGI
Inspecteur principal des finances publiques

Principaux critères constituant une situation de vie complexe (p):

- fragilité et vulnérabilité (enfants et adolescents, personnes âgées, personnes souffrant de handicap ou d'insuffisance rénale)
- précarité sociale
- dépendance physique
- abus médicamenteux
- errance diagnostic
- nomadisme médical
- isolement socio-professionnel
- poly-pathologies
- terrain associé (anxiété, dépression)

Liste non exhaustive des pathologies et syndromes couverts par le réseau LCD (p):

<ul style="list-style-type: none"> • Céphalée Chroniques Quotidienne (CCQ) • Fibromyalgie • Migraine • Lombo-radicalgie chronique-rachialgie • Troubles Musculo-Squelettique/ Douleurs myofaciales • Rhumatismes inflammatoires • Pathologies abdomino-pelviennes fonctionnelles • Arthrose des membres • Insuffisance rénale chronique maligne • Algodystrophie/ Causalgie • Syndrome douloureux inexplicé d'origine centrale, médullaire ou cérébrale • Lésion périphérique post-opératoire • Maladie génétique rare • Céphalée/Algie vasculaire • Diabète • Parkinson • Hémopathies malignes • Maladie neurologique (SEP, Parkinson...) 	<ul style="list-style-type: none"> • Myélome • Tendinite épicondylite • Lésion thoraciques-pariétales • Douleur d'origine : <ul style="list-style-type: none"> ▪ toxique ou médicamenteuse ▪ viscérale ▪ gynécologique ▪ post-chirurgicale ou post-traumatique ▪ osseuse ▪ urologique ▪ périnéale • Arthralgie non-arthrosique des membres • Zona • Glossodynie ou stomatodynie • Lésion périphérique post-traumatique • Maladie Inflammatoire du Colon et de l'Intestin (Crohn) • Névrome • Syndrome canalaire • Etc...
--	--

Depuis quand avez-vous mal ? +de 3mois 3 à 6mois 6mois à 1an + d'1 an

Avez-vous un sentiment d'isolement à cause de la douleur ? Oui Non

Votre entourage vous aide-t-il ? Oui Non

Quelles sont vos attentes prioritaires en entrant dans le réseau ?

.....
.....
.....

1 an avant votre entrée dans le réseau :

Quelle était la qualité de la prise en charge de votre douleur ?

Très mauvaise Mauvaise Bonne Très bonne

Combien de jours vous êtes-vous arrêté de travailler ?

Aucun < à 15 jours 1 à 3 mois > 6 mois
 15 à 30 jours 3 à 6 mois

Combien de médecins différents avez-vous consulté pour la douleur ?

Aucun ≤3 4-6 ≥ 7

Avez-vous été hospitalisé pour la douleur ? Oui Non

→ si oui, combien de jours au total :

1 à 5 jours 6 à 10 jours 11 à 30 jours > 30 jours

Combien de médicaments différents pour la douleur avez-vous pris ?

Aucun ≤3 4-6 ≥ 7

Combien de médicaments associés avez-vous pris ?

(anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, antidépresseurs ou antiépileptiques)

Aucun ≤3 4-6 ≥ 7

Avez-vous effectué des examens complémentaires ? Oui Non

→ si oui, lesquels :

Radio Scanner ou IRM Examens sanguins

Autres, précisez :

Combien de séances de kinésithérapie pour la douleur avez-vous effectuées ?

Aucune ≤ 10 séances 10 à 30 séances + de 30 séances

Avez-vous consulté des professionnels de

médecine alternative (non remboursés) ? Oui Non

→ si oui, lesquels :

.....
.....

Suivi MédicoEco à XXXX mois

n° DMP :

Date de naissance :

Date d'inclusion :

Rempli le :/...../.....

Evaluation de la douleur au moment présent :

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Evaluation de la douleur la plus intense depuis les huit derniers jours

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

Evaluation de la douleur habituelle depuis les huit derniers jours

Pas de douleur	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Douleur maximale imaginable
----------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	-----------------------------

La semaine dernière, comment la douleur a gêné votre :

A) Activité générale

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

B) Humeur

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

C) Capacité à marcher

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

D) Travail habituel (y compris à l'extérieur de la maison et les travaux domestiques)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

E) Relations avec les autres

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

F) Sommeil

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

G) Goût de vivre

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
No gêne pas										Gêne complètement

Handicap actuel : Aucun Léger Important Très important

Quelle est votre situation professionnelle actuelle ? (plusieurs réponses possibles)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> En activité professionnelle | <input type="checkbox"/> Arrêt maladie |
| <input type="checkbox"/> Sans profession | <input type="checkbox"/> Accident du travail |
| <input type="checkbox"/> Chômage | <input type="checkbox"/> Maladie professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Retraité(e) – Etudiant(e) | <input type="checkbox"/> Invalidité |

Depuis votre entrée dans le réseau :	
Atelier(s) proposé(s) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> Non débuté <input type="checkbox"/> Abandonné	
Satisfaction de la prise en charge de votre douleur ? <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	
Amélioration de qualité de vie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Nulle	
Soulagement de la douleur : <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Nul	
Avez-vous repris le travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non approprié	
Combien de jours avez-vous été en arrêt de travail ? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> < à 15 jours <input type="checkbox"/> 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	
Combien de médecins différents avez-vous consulté pour la douleur ? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7	
Avez-vous été hospitalisé pour la douleur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → si oui, combien de jours au total : <input type="checkbox"/> 1 à 5 jours <input type="checkbox"/> 6 à 10 jours <input type="checkbox"/> 11 à 30 jours <input type="checkbox"/> > 30 jours	
Combien de médicaments différents pour la douleur avez-vous pris ? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7	
Combien de médicaments associés avez-vous pris ? (anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, antidépresseurs ou antiépileptiques) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7	
Avez-vous effectué des examens complémentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → si oui, lesquels : <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Scanner ou IRM <input type="checkbox"/> Examens sanguins <input type="checkbox"/> Autres, précisez :	
Combien de séances de kinésithérapie pour la douleur avez-vous effectuées ? <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ≤ 10 séances <input type="checkbox"/> 10 à 30 séances <input type="checkbox"/> > 30 séances	
Avez-vous consulté des professionnels de médecine alternative (non remboursés) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → si oui, lesquels :	

Annexe 6 : Calcul des coûts d'hospitalisation sur la base d'un tarif moyen journalier

		GHS moyen pondéré sur 2011-2012	2011		2012		Tarif journalier
			Effectif	DMS	Effectif	DMS	
01M211	Douleurs chroniques rebelles, niveau 1	1 705,52 €	645	3,86	800	3,92	438,44 €
01M212	Douleurs chroniques rebelles, niveau 2	3 274,63 €	467	8,11	548	8	406,53 €
01M213	Douleurs chroniques rebelles, niveau 3	5 837,58 €	511	12,52	635	12,62	464,41 €
01M214	Douleurs chroniques rebelles, niveau 4	9 560,79 €	66	17,58	79	17,28	548,52 €
						Tarif journalier moyen	441,99 €

Annexe 7 : Calcul des coûts d'hospitalisation sur la base des GHS

Les combinaisons présentées en italiques ont été mises à l'écart puisque la durée de séjour calculé s'approchait de 30 jours

Réponse (médiane)	Combinaison codage GHS	Nombre de jours médian	Tarif correspondant	Tarif appliqué
<input checked="" type="checkbox"/> 1 à 5 jours (3)	1*01M211	1*3,89 = 3,89	1 705,52 €	1 705,52 €
<input checked="" type="checkbox"/> 6 à 10 jours (8)	2*01M211	2*3,89 = 7,78	3 411,03 €	3 274,63 €
	1*01M212	3*8,055 = 24,165	3 274,63 €	
<input checked="" type="checkbox"/> 11 à 30 jours (20,5)	5*01M211	5*3,89 = 19,45	8 527,59 €	8 254,77 €
	1*01M211+2*01M212	1*3,89+2*8,055= 20	8 254,77 €	
	4*01M211+1*01M212	4*3,89+1*8,055= 23,62	10 096,70 €	
	2*01M211+1*01M213	2*3,89 + 1*12,57= 20,35	9 248,62 €	
	3*01M212	3*8,055 = 24,165	9 823,88 €	
	1*01M212+1*01M213	1*8,055+ 1*12,57= 20,625	9 112,21 €	
<input checked="" type="checkbox"/> Plus de 30 jours (30)	8*01M211	8*3,89 = 31,12	13 644,14 €	13 098,51 €
	6*01M211+1*01M212	6*3,89 +1*8,055=31,40	13 507,73 €	
	5*01M211+1*01M213	5*3,89 +1*12,57=32,02	14 365,17 €	
	5*01M211+1*01M212	<i>5*3,89 +1*8,055=25,51</i>	<i>11 802,22 €</i>	
	4*01M211+2*01M212	4*3,89 +2*8,055=31,67	13 371,33 €	
	3*01M211+1*01M212+1*01M213	3*3,89+1*8,055+1*12,57=32,30	14 228,76 €	
	2*01M211+3*01M212	2*3,89 +3*8,055=31,95	13 234,92 €	
	2*01M211+1*01M212+1*01M213	<i>2*3,89+1*8,055+1*12,5=28,417</i>	<i>12 523,24 €</i>	
	1*01M211+2*01M212+1*01M213	1*3,89+2*8,055+1*12,57=32,57	14 092,35 €	
	1*01M211+2*01M213	<i>1*3,89 +2*01M213=29,03</i>	<i>13 380,68 €</i>	
	4*01M212	4*8,055 = 32,22	13 098,51 €	
	2*01M212+1*01M213	<i>2*8,055+1*12,57 = 28,68</i>	<i>12 386,84 €</i>	

mais restaient inférieurs à 30.

<u>Depuis votre entrée dans le réseau :</u>	
Atelier(s) proposé(s) : <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Terminé <input type="checkbox"/> Non débuté <input type="checkbox"/> Abandonné	
Satisfaction de la prise en charge de votre douleur ? <input type="checkbox"/> Très bon <input type="checkbox"/> Bon <input type="checkbox"/> Mauvais <input type="checkbox"/> Très mauvais	
Amélioration de qualité de vie : <input type="checkbox"/> Totale <input type="checkbox"/> Importante <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Nulle	
Soulagement de la douleur : <input type="checkbox"/> Total <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Nul	
Avez-vous repris le travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non approprié	
Avez-vous été en arrêt-maladie à cause de la douleur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
→ si oui, combien de jours au total : <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> < à 15 jours <input type="checkbox"/> 1 à 3 mois <input type="checkbox"/> > 6 mois <input type="checkbox"/> 15 à 30 jours <input type="checkbox"/> 3 à 6 mois	
Combien de médecins différents avez-vous consulté pour la douleur (généraliste, spécialiste et autres) ? <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7	
Avez-vous été hospitalisé pour la douleur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (hors consultation douleur) → si oui, Avez-vous été admis en urgence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Combien de séjours avez-vous effectué au total ? Combien de jours au total avez-vous été hospitalisé ? <input type="checkbox"/> 1 à 5 jours <input type="checkbox"/> 6 à 10 jours <input type="checkbox"/> 11 à 30 jours <input type="checkbox"/> > 30 jours	
Combien de médicaments différents pour la douleur avez-vous pris ? (antalgiques de niveau I, II et III et AINS) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7 <i>Ne compter qu'une fois les molécules et associations de molécules différentes et non les boîtes différentes. Aidez vous de vos ordonnances et des boîtes achetées en automédication présentes dans votre armoire à pharmacie</i>	
Combien de médicaments associés avez-vous pris ? (anxiolytiques, sédatifs, hypnotiques, antidépresseurs ou antiépileptiques) <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> ≤3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> ≥ 7	
Avez-vous effectué des examens complémentaires ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

→ si oui, lesquels **et combien**:

Radio Scanner ou IRM Examens sanguins

Autres, précisez :

Combien de séances de kinésithérapie pour la douleur avez-vous effectuées?

Aucune ≤ 10 séances 10 à 30 séances > 30 séances

Avez-vous consulté des professionnels de médecine alternative (non remboursés) ?

Oui Non

→ si oui, lesquels :

.....

.....

5. Le « scoring »

Pour les comparaisons interréseaux sur les indicateurs recueillis, afin de tenir compte des spécificités des territoires d'implantation, il convient de ne pas se contenter de comparer les indicateurs entre les réseaux, ceux-ci étant implantés dans des territoires aux caractéristiques différentes.

Pour une thématique donnée, trois scores permettent d'apprécier les disparités entre les réseaux.

Score de résultat médical « R » :

Sont pris en compte l'ensemble des indicateurs médicaux retenus pour la thématique.

Les différents critères de résultats sont agrégés dans un score global de résultat obtenu à partir de la cotation de chaque critère, selon le score suivant :

0 s'il n'y a pas de différence significative entre cas et témoins ;

- 1 si les cas ont une position significativement défavorable par rapport aux témoins ;

+ 1 si les cas ont une position significativement favorable par rapport aux témoins.

Le total des notes obtenu donne l'indicateur global de résultat « R ».

Score du coût moyen par patient « C » :

Dans cet indicateur (C), c'est le ratio dépenses totales moyennes cas/témoins qui est retenu.

Si la différence des coûts par patient entre cas et témoins n'est pas significative, C est égal à 1.

Si le coût moyen par patient est significativement inférieur chez les cas, C est coté < 1.

S'il est supérieur, C est coté > 1.

Score d'impact sur la structure des dépenses soins de ville/soins hospitaliers (ST) :

Outre le score précédent, il est important également de distinguer les dépenses de soins de ville des dépenses hospitalières, afin d'apprécier si un transfert s'opère des soins de ville vers les soins hospitaliers.

Le tableau suivant donne les valeurs attribuées selon la situation :

RATIO DÉPENSES HOSPIT. moyennes par cas/dépenses hospit. moyennes par témoin	RATIO DÉPENSES DE SOINS DE VILLE MOYENNES par cas/dépenses de soins de ville moyennes par témoin		
	> 1	1	< 1
>1	0	0	1
1	0	2	1
<1	3	3	4

Les niveaux 3 ou 4 sont les situations souhaitables : diminution des dépenses hospitalières et augmentation ou niveau équivalent de dépenses de ville (niveau 3), voire diminution des soins de ville, ce qui constitue évidemment la meilleure situation (niveau 4).

Les situations où un réseau diminuerait les dépenses de ville sans diminuer les dépenses hospitalières, voire en les augmentant, paraissent peu probables (niveau 1).

En revanche, un réseau qui ne générerait pas de diminution des dépenses hospitalières à niveau de dépenses de ville égal ou qui générerait une augmentation des dépenses hospitalières à niveau de dépenses de ville égal ou en augmentation (niveau 0) pourrait ne pas être pertinent dans son organisation actuelle.

La situation au centre du tableau (niveau 2) correspond au cas où aucune variation n'est observée dans la structure des dépenses.

Annexe 10 : Soulagement des douleurs, amélioration de la qualité de vie et satisfaction des patients à T6 et T12

Soulagement des douleurs	T6 N (%)	T12 N (%)
Total	1 (0.52)	7 (3.63)
Important	40 (20.73)	25 (12.95)
Moyen	52 (26.94)	41 (21.24)
Faible	26 (13.47)	24 (12.44)
Nul	9 (4.66)	28(4.15)
Manquant	65 (33.68)	88 (45.60)
Total	193 (100)	193 (100)

Amélioration de la qualité de vie	T6 N (%)	T12 N (%)
Totale	1 (0.52)	4 (2.07)
Importante	46 (23.83)	38 (19.69)
Moyenne	55 (28.50)	41 (21.24)
Faible	17 (8.81)	18 (9.33)
Nulle	9 (4.66)	6 (3.11)
Manquant	65 (33.68)	86 (44.56)
Total	193 (100)	193 (100)

Satisfaction des patients	T6 N (%)	T12 N (%)
Très bonne	30 (15.54)	31 (16.06)
Bonne	68 (35.23)	48 (24.87)
Moyen	NR	17 (8.81)
Mauvaise	23 (11.92)	6 (3.11)
Très mauvaise	3 (1.55)	2 (1.04)
Manquant	69 (35.75)	89 (46.11)
Total	193 (100)	193 (100)

RÉSUMÉ

La douleur est un motif fréquent de consultation cependant lorsqu'elles persistent, les médecins généralistes éprouvent parfois des difficultés à soulager les patients face aux plaintes douloureuses récurrentes. La prise en charge de la douleur nécessite un encadrement global et multidisciplinaire, tel que proposé par les réseaux de santé. Cependant, les réseaux de santé subissent une contrainte économique importante dans un contexte de restriction des dépenses de santé. c

Le réseau de santé « Lutter Contre la Douleur » (LCD), basé en Ile-de-France intervient en soutien aux professionnels de santé de premier recours afin d'améliorer la prise en charge des douleurs chroniques et la qualité de vie des patients au quotidien. Consciente des problématiques économiques actuelles, l'équipe coordinatrice a mis en place une démarche d'évaluation médico-économique continue depuis 2011 en collectant des données médicales et économiques relative à la prise en charge des patients. L'objectif principal de cette étude, était d'évaluer l'impact médico-économique du dispositif de coordination mis en place par le réseau LCD au regard des données collectées en 2011 et 2012 mais aussi contribuer à l'amélioration de la démarche d'évaluation. L'analyse repose sur une comparaison descriptive et comparative des critères médicaux (intensité de la douleur, impact sur la qualité de vie) et économiques (hospitalisations, consultations, consommations de médicaments, arrêt de travaux) recueillis en deux temps auprès des patients inclus dans le réseau. Les résultats de l'analyse menée dans le cadre de cette thèse ont démontré que l'impact médico-économique du réseau LCD s'observe sur plusieurs points : une amélioration de la qualité de vie, une réduction de la durée d'arrêts de travail, et une diminution de la consommation de soins.

Au total, une amélioration clinique significative sur plusieurs critères, associée à un surcoût +931,78 € ($p=0,0290$) par patient par an pour une prise en charge au sein du réseau LCD a été constatée. Ce travail a pour objectif de compléter les indicateurs de performance annuelle déjà collectés en routine, et supporteront les négociations pour le renouvellement de financement (FIR-Fond d'Investissement Régional) contracté avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) locale. L'utilisation rationnée et optimisée des financements qui lui sont accordés mettent en exergue la volonté du réseau LCD d'évoluer avec le système de santé français. Bien que ces résultats présentent certaines limites (données déclaratives, données manquantes), ils soulignent également la difficulté à homogénéiser la méthode et la complexité à quantifier la valeur ajoutée d'un réseau de santé.

Cette analyse constitue un exemple type de démarche d'évaluation médico-économique qu'il est souhaitable de voir se développer dans les années à venir.

Mots clés : évaluation médico-économique, réseau de santé, douleurs chroniques, efficience, FIR, coordination

ABSTRACT

Pain is a frequent reason for which patients consult general practitioners (GP); however, providing effective pain relief can prove difficult for these healthcare professionals in the face of patients' recurrent painful episodes. Pain management requires a comprehensive and multidisciplinary framework such as the one proposed by healthcare networks, which operate using a team-based health care delivery model. However, due to increasing healthcare expenditure restrictions, healthcare networks are under considerable economic stress. The healthcare network "Lutter Contre la Douleur" ("Combat Pain" or LCD), based in Ile-de-France, provides support to primary care healthcare professionals in order to improve the management of chronic pain and patients' day-to-day quality of life. Being aware of the current economic challenges, the LCD coordinating team has been implementing a continuous health economic assessment process since 2011 by collecting medical and economic data relating to patient care. The main objective of this study was to evaluate the clinical and economic impact of the care coordination system set up by the LCD network by means of the data collected in 2011 and 2012, with an additional goal of contributing to the improvement of the health economic assessment process. The analysis is based on a descriptive and comparative assessment of clinical (pain intensity, impact on quality of life) and economic criteria (hospitalizations, consultations, drug consumption, sick leave from work) collected in two stages from patients included in the network. The results of the analysis conducted within the context of this thesis show that the clinical and economic impact of the LCD network revolves around several points: improving quality of life, reducing the duration of sick leave, and reducing health care consumption.

Overall, significant clinical improvements were seen on several criteria and there was a mean additional cost of €931.78 ($p = 0.0290$) per patient per year associated with receiving support within the LCD network. This work aims to complement the annual performance indicators that are already routinely collected, and will bolster negotiations for the renewal of funding (FIR-Regional Investment Fund), contracted with the local ARS (Regional Health Agency). The LCD's network rationed and optimized use of the funds granted to it highlights its desire to evolve in parallel with the French healthcare system. Although these results have certain limitations (declarative data, missing data), they also underscore the difficulty of applying a standard methodology and the complexity of quantifying the added value of a healthcare network.

This analysis is an example of a health economic assessment approach for which it is desirable to see an increasing role in the coming years.

Key words: health economics, healthcare network, chronic pain, cost-effectiveness, FIR, coordination of care

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné(e)
déclare être pleinement conscient(e) que le plagiat de documents ou d'une
partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
pour écrire ce rapport ou mémoire.

signé par l'étudiant(e) le **jj** / **mm** / **aaaa**

**Cet engagement de non plagiat doit être signé et joint
à tous les rapports, dossiers, mémoires.**

Présidence de l'université
40 rue de rennes - BP 73532
49035 Angers cedex
Tél. 02 41 96 23 23 | Fax 02 41 96 23 00

